



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Štěpánka Chadrabová

**Ošetrovatelská péče o pacientku
s prolapsem dělohy**

Nursing care about a patient with uterine prolapse

Bakalářská práce

Praha, červen 2014

Autor práce: Štěpánka Chadřabová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Svobodová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant: MUDr. Jiří Popelka

Pracoviště odborného konzultanta: Klinika gynekologie a porodnictví FNKV
v Praze

Datum a rok obhajoby: září 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému - SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 29. 6. 2014

Štěpánka Chadřabová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla upřímně poděkovat vedoucí své práce, vážené paní PhDr. Haně Svobodové, za odborné vedení a cenné připomínky. Děkuji též panu MUDr. Jiřímu Popelkovi, který mi umožnil sledovat přímo operaci vaginální hysterektomie a já si tak mohla udělat ucelenou představu o teoretické i ošetrovatelské části.

Dále bych velmi ráda poděkovala pacientce, paní L. P. za souhlas s nahlížením do dokumentace a použitím jejích údajů ke zpracování této práce.

Velký dík patří celé mé rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

ÚVOD.....	6
1. KLINICKÁ ČÁST	8
1.1 ÚVOD KE KLINICKÉ ČÁSTI.....	8
1.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽENSKÝCH VNITŘNÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	9
1.2.1 Zevní rodidla (<i>organa genitalia externa</i>)	9
1.2.2 Vnitřní pohlavní orgány.....	9
1.3 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	17
1.3.1 Sestup a výhřez dělohy (<i>descensus et prolapsus uteri</i>)	17
1.3.2 Symptomy.....	18
1.3.3 Etiologie.....	19
1.3.4 Klinický obraz.....	19
1.3.5 Diagnóza.....	20
1.3.6 Vyšetření a popis prolapsu pánevních orgánů.....	21
1.4 HYSTEREKTOMIE	22
1.4.1 Abdominální hysterektomie:	23
1.4.2 Vaginální hysterektomie:	23
1.4.3 Laparoskopická a laparovaginální hysterektomie:.....	23
1.5 HISTORIE VAGINÁLNÍHO PŘÍSTUPU U HYSTEREKTOMIE.....	24
1.5.1 Česká operační škola vaginální hysterektomie.	25
1.6 CHARAKTERISTIKA VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	26
1.6.1 Nechirurgické řešení prolapsu.....	28
1.7 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA K VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMII	29
1.7.1 Předoperační vyšetření.....	29
1.7.2 Psychická příprava	29
1.7.3 Somatická příprava.....	30
1.8 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNĚ	32
1.8.1 Lékařská anamnéza a diagnóza	32
1.8.2 Stav při přijetí:.....	33
1.8.3 Přehled provedených vyšetření:.....	33
1.9 PŘEHLED TERAPIE:.....	34
1.10 PRŮBĚH HOSPITALIZACE:.....	35
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	40
2.1 OŠETŘOVATELSKÝ ÚVOD.....	40
2.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	41
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MAJORY GORDONOVÉ.....	42
2.4 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	49
2.5 KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE, VČETNĚ CÍLŮ, REALIZACE A HODNOCENÍ DIAGNÓZ	50
2.6 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	61
2.7 HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU NEMOCNÉ	62
2.8 EDUKACE NEMOCNÉ	63
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM ZKRATEK.....	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A WEBOVÝCH ZDROJŮ	68
PŘÍLOHY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

Úvod

Téma pro zpracování své bakalářské práce mně přišlo na mysl, když jsem jako „nezdravotník“ vykonávala odborné praxe v rámci svého studia na 3. lékařské fakultě, na různých nemocničních odděleních. Poprvé jsem se s prolapsem dělohy setkala na Oddělení ortopedie ve FNKV, kde byla akutně přijata stará paní se zlomeninou krčku stehenní kosti a já jí měla zavést močovou cévku. Paní měla vyhřezlou dělohu objemné velikosti ven z pochvy a musím přiznat, že jsem tím byla v tu chvíli velmi zaskočena. V duchu jsem se sama sebe ptala: „Panebože, jak s tím ta paní může vůbec chodit nebo sedět? Proč dříve nevyhledala lékaře? Proč to tak má a jak k tomu došlo?“ Začala jsem se o tento ženský problém zajímat.

„S prolapsem dělohy se žádná žena kamarádkám nepochlubí,“ říká dr. L. Brubakerová. „Vykládají si o menstruaci, dokonce o rakovině prsu, ale nejsou ochotné přiznat, že jim něco jako vnitřnosti visí ven z pochvy. Dokonce pro tuto potíž neexistují ani podpůrné skupiny. Nechtějí se svěřovat, znamená to pro ně přílišnou zranitelnost.“ (1)

Cílem mnou předkládané bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku s prolapsem dělohy. Pacientka paní L. P. byla přijata na standardní oddělení gynekologické kliniky k plánovanému výkonu vaginální hysterektomie. V ošetrovatelském procesu a k vytvoření krátkodobého plánu jsem zvolila operační den. Po souhlasu staniční sestry a ošetřujícího lékaře gynekologické kliniky jsem směla pacientku doprovázet i na operační sál a poté na JIP, kde byla pacientce poskytována následná pooperační péče. Paní L. P. souhlasila, že mohu nahlížet do její zdravotní dokumentace a být přítomna i u operačního výkonu a veškeré údaje o průběhu její hospitalizace tak použít pro účely mé bakalářské práce.

Zde musím také zmínit jednu důležitou věc a tou byl velký přínos seznámit se s pacientkou již v den jejího přijetí, den před plánovaným výkonem, kdy na základě rozhovoru k získání důležitých informací o pacientce jsem mohla s paní L. P. vytvořit již určitý vztah důvěry a nabídnout ji i psychickou oporu.

S postupným zaobíráním se tímto explicitně ženským tématem jsem zjistila, že pokles či úplné vyhřeznutí dělohy není u žen ničím ojedinělým, ba naopak je velmi častým jevem, který se však dá úspěšně řešit. Některé ženy však mají problém řešit své gynekologické zdravotní potíže, neboť je zde určitá potenciální stigmatizace, je to téma velmi intimní a pro někoho sociálně i psychicky problematické. Toto téma mne jako ženu zaujalo.

1. Klinická část

1.1 Úvod ke klinické části

Mnou vybraná pacientka, paní L. P. byla přijata na gynekologickou kliniku pro úplný prolaps dělohy. Zde úspěšně podstoupila operaci vaginální hysterektomii. V této části se věnuji anatomii, popisu uložení a fyziologickým funkcím vnitřních rodidel a též nesmírně důležitému svalově vazivovému pánevnímu dnu, jakožto podpůrnému a závěsnému aparátu dělohy. Jako nezbytné zde také zmiňuji ostatní orgány malé pánve, které mají k vnitřnímu genitálu bezprostřední vztah.

Dále se v klinické části zabírám extraperitoneální změnou polohy dělohy, jako je descenzus a prolaps, taktéž zmiňuji možné příčiny této deviace a tímto navazuji na způsoby vyšetření a popisu prolapsu pánevních orgánů a možnosti léčby. Ve zkratce popisuji možné gynekologické operace při odstranění dělohy. Více jsem se zaměřila na vaginální hysterektomii, zajímavá je jistě zmínka o její historii, dále je popis její charakteristiky, indikací, kontraindikací a případných peroperačních a pooperačních komplikací.

Za velmi důležité jsem považovala do klinické části zařadit i předoperační přípravu a pooperační péči o pacientku, jejíž součástí je i důkladná psychická příprava.

Další kapitola je věnována samotné pacientce, kde uvádím základní údaje z lékařské anamnézy a stav nemocné při přijetí. Je zde popsán průběh operačního výkonu u nemocné, farmakologická terapie a celkový průběh hospitalizace pacientky.

Vzhledem ke staršímu věku mnou vybrané pacientky, uvádím v některých úsecích mé práce i změny, ke kterým dochází v pohlavním systému u žen v postmenopauze.

1.2 Anatomie a fyziologie ženských vnitřních pohlavních orgánů

K reprodukčním orgánům ženy patří zevní rodidla, pochva, vnitřní rodidla a prsy.

1.2.1 Zevní rodidla (*organa genitalia externa*)

zvané také vulva, dělíme na tyto části: hrma (*mons pubis*), velké stydké pysky (*labia majora pudendi*), malé stydké pysky (*labia minora pudendi*), topořivá tělesa (*corpora cavernosa*), vestibulární žlázy (*glandulae vestibulares majores*), poševní předsíň (*vestibulum vaginae*), panenská blána (*hymen*) a hráz (*perineum*). Tyto orgány nasedají na stydký oblouk a symfýzu. (2, 3)

1.2.2 Vnitřní pohlavní orgány

Pochva (*vagina*)

Pochva je dutý svalový orgán, který vytváří přechod od zevních pohlavních orgánů k vnitřním. Svým kraniálním koncem se upíná na děložní hrdlo, kaudálním koncem ústí do poševní předsíně. Pochva má trubicovitý tvar a její stěny nejsou stejně dlouhé. Délka přední stěny poševní činí 7-10cm, zadní stěny asi 10-12 cm. Pochva svým úponem na děložní hrdlo vytváří přední, zadní a postranní poševní klenby. „Zadní klenba, *fornix vaginae posterior* (*receptaculum seminis*), je nejhlubší a naléhá na spodinu peritoneálního záhybu – *excavatio rectouterina* (Douglasův prostor). Přední klenba (*fornix vaginae anterior*) a postranní klenby (*partes laterales fornicis vaginae*) jsou mělčí.“ (4, s. 9)

Poševní stěna je tvořena ze tří vrstev: sliznice, hladké svaloviny a zevního vazivového obalu – *adventicie*. V zevní vrstvě poševní stěny probíhají svalová vlákna podélně, vnitřní vrstva má svalová vlákna uspořádána kruhově. Sliznice poševní stěny (*tunica mucosa*) je na přední i zadní stěně složena v příčné řasy (*rugae vaginales*). Vnitřní stěna je pokryta vícevrstevnatým nerohovatějším dlaždicovým epitelem bez žlázek. Horní vrstva poševního epitelu (*stratum corneum*) je pod vlivem ovariálních hormonů – estrogenů, které vyvolávají rohovatění epitelu ve vagíně a s přítomností bakterií *Lactobacillus Döderlei*n, která štěpí glykogen na kyselinu mléčnou, tak vytváří v pochvě kyselé prostředí. Hodnota pH 4,5 v pochvě tak zajišťuje její odolnost proti infekci. (2,4,5,6)

Poševní sliznice je pokryta sekretem, který se tvoří uvolňováním hlenu z děložního hrdla a odloupaných epitelů.

Pochva má své hlavní funkce v umožnění pohlavního styku, odchodu menstruační krve a jako porodní cesta. (2)

Po menopauze, v důsledku poklesu hladiny estrogenů dochází k zeslabování poševní sliznice (tzv. senilní atrofii), kdy dochází ke změně kyselého prostředí na zásadité a atrofická sliznice je náchylná k infekci a snadno zranitelná (12)

„Ukotvení pochvy v pánvi lze rozdělit do třech etází. Toto dělení zavedl významný patolog **J. O. De Lancey**, který se systematicky zabývá strukturami malé pánve a jejich vzájemnými vztahy. Kapitoly věnované anatomii pánevního dna ve většině prestižních učebnic citují hlavně z jeho prací nebo jsou jím přímo napsány.“ (15)

Závěsný aparát pochvy:

- **První etáž – Level I**

Přední i zadní stěna pochvy jsou ve své kraniální části, v rozmezí asi 3cm, na sebe přiloženy a připevněny dorzokraniálním směrem proximálního parakolpia a současně pomocí sakrouterinních a kardinálních ligament. Dojde-li k defektu na úrovni tohoto uložení, vznikne tak pokles apexu pochvy či **sestup dělohy**.

- **Druhá etáž – Level II**

Ve své střední části připomíná průřez pochvou motýla. V místech, kde se pochva upíná k postrannímu vazivu (*paracolpiu*) je zesílena fascie svalů a toto zesílení se nazývá *arcus tendineus fasciae pelvis* (ATPF). Při defektu v tomto závěsu mluvíme o paravaginálním defektu (PVD), který se klinicky projevuje trakční **cystokélou**. Přední poševní výběžky jsou připevněny k *musculus levator ani*, zadní rohy jsou připojeny krátkými vazy s oblastí *m. levator ani* a rektum. Pokud dojde k porušení fixace předních rohů poševních, je narušena podpora uretry s následnou hypermobilitou uretrovezikální junkce (UVJ), která může způsobit vznik stresové inkontinence moči. Při porušení vazů připevňujících zadní rohy k *m. levator ani* vzniká **rektokéla**.

- **Třetí etáž – Level III**

Od hymenálního prstence směrem kraniálně je pochva podporována pevným spojením s perineální membránou, která se za ní spojuje v pevné centrum *tendineum perinei*. K přední stěně pochvy je pevně přichycena distální uretra, v této části má průřez pochvou tvar písmene U. Při defektu v této oblasti se rozvíjí tzv. **distální typ rektokély**. Na základě studií levátorového traumatu se toto místo ukázalo být velmi významným z pohledu poruchy statiky pánevního dna. (10, s. 14-15)

Děloha (uterus)

Oproti pochvě je děloha skloněna dopředu (říkáme, že je v *anteverzi*) v úhlu 70 – 100°. (9)

Děloha je dutý svalový orgán (asi 8 cm dlouhý a vážící 40 - 60g), uložený v malé pánvi, mezi močovým měchýřem a konečníkem. U ženy v dospělosti má tvar předozadně oploštělé hrušky. Člení se na dvě základní části: Děložní tělo (*corpus uteri*) a děložní hrdlo (*cervix uteri*). Obě tyto části se od sebe liší nejenom stavbou a funkcí, ale i odlišnou citlivostí na pohlavní hormony i patologické procesy.

Mezi tělem a hrdlem děložním je malý spojovací úsek, tzv. děložní úžina (*istmus uteri*), která plní svou hlavní úlohu až v době těhotenství, kdy se mění na dolní děložní segment.

Podélná osa děložního těla svírá s podélnou osou hrdla děložního tupý úhel (160-170°) otevřený dopředu (*anteflexio uteri*). (2,4,5)

Děložní tělo (corpus uteri)

Tvoří horní část dělohy, která má přední a zadní stěny (*facies vesicalis* a *facies intestinalis*), které v sebe přecházejí děložními hranami. Tělo obsahuje dutinu, která kopíruje děložní tvar a je trojúhelníkového tvaru. Nejširší kraniální částí se tělo vyklenuje ve dno děložní (*fundus uteri*). Fundus laterálně vybíhá v děložní rohy (*cornua uteri*). „ Z každého děložního rohu vychází tři útvary. Uprostřed je vejcovod, ventrálně od něj *lig. teres uteri* (chorda uteroinguinalis) a dorzálně *lig. ovarii proprium* (chorda uteroovarica).“ (4, s. 5)

Z vnější strany je děložní tělo potaženo téměř až do výše istmu *perimetriem*, záhybem pobřišnice, který je jakoby vchlípen do malé pánve. „tak vzniká duplikatura pobřišnice, která se táhne laterálně ke stěně pánevní jako *lig. latum*.“ (4, s.5)

Děložní hrdlo (*cervix uteri*)

Tvoří dolní část dělohy směřující do pochvy. Mimo těhotenství má válcovitý tvar a je dlouhé 3,5 – 4 cm. Úponem pochvy je hrdlo rozděleno na děložní čípek (*portio vaginalis*), který vyčnívá do pochvy a na část uloženou nad pochvou (tzv. *portio supravaginalis*).

Děložní stěna je silná asi 15 mm a je tvořena třemi vrstvami. Sliznice vystylající děložní dutinu se nazývá *endometrium*, v hrdle je to *endocervix*. Střední a nejsilnější vrstvou je *myometrium* tvořeno z hladké svaloviny. Povrch dělohy je tvořen peritoneem (*perimetriem*), pod kterým je vrstvička řídkého subserózního vaziva.

Děloha je pohyblivá a během života ženy se neustále mění. Cyklické změny endometria (menstruační cyklus) se dějí pod vlivem ovariálních hormonů – estrogenů a progesteronu. Po přechodu a v seniu dochází zpravidla k proporcionální přestavbě dělohy v důsledku vymizení estrogenů. (2,3,4)

Vaječník (*ovarium*)

Vaječník je ženská párová pohlavní žláza, v němž ještě intrauterinně proběhlo zrací dělení (tzv. meióza) a vznikly ženské zárodečné buňky (vajíčka – oocyty). Vajíčka jsou uložena ve folikulech uložených v korové vrstvě ovaria a v období pohlavní zralosti se uvolňují v měsíčních cyklech.

Ovarium je žlázou s vnitřní sekrecí, buňky folikulů produkují ženské pohlavní hormony: *estrogeny* (estradiol, estriol, estron), *progesteron*, v malém množství *androgeny*.

Vaječník se svou velikostí a tvarem přirovnává ke švestce, jeho rozměry jsou asi 4×2×1 cm, váží 7 – 14 g.

Poloha ovaria je závislá na poloze dělohy a pohyblivé *plica lata uteri*, širokého vazů děložního, na jehož zadním listu je zavěšeno krátkou peritoneální

duplikaturou (*mesovarium*).. Dolní pól vaječníku je užší a směřuje k děloze a pánevnímu dnu. S děložním rohem vaječník poutá *ligamentum ovarii proprium*. Horní pól je přivrácen k vejcovodu a k němu se upíná peritoneální duplikatura – *ligamentum suspensorium ovarii*, která obsahuje ovariální cévy (*arteria ovarica*) a nervy.

V místě, kde se upíná *mesovarium* je *hilus*, jímž do ovaria vstupují nervy a cévy. Krevní zásobení vaječníků i vejcovodů zajišťuje *arteria ovarica*, která odstupuje z abdominální aorty a prostupuje *lig. suspensorium ovarii*.

Po *klimakteriu* a v období *senia* dochází ke změně na vaječnících. Vaječník se postupně zmenšuje a svrašťuje, na povrchu jsou patrné jizvy (*ovarium gyratum*). Tvorba estrogenů vaječníkem uhasíná. Nedostatek estrogenů u ženy bývá příčinou různých zdravotních obtíží. (3,4,5,6)

Vejcovod (tuba uterina, salpinx)

Vejcovod je párová trubice (o délce 10 – 14 cm a tloušťce asi 0,5 cm) uložená po stranách dělohy v kraniální části obalujícího záhybu peritonea a tvoří spojení mezi vaječníkem a dělohou.

Na vejcovodu rozlišujeme tři části:

1. *pars interstitialis (intramuralis)* – tato část probíhá děložní svalovinou
2. *pars isthmica* – část s nejužším průsvitem a nejtlustší svalovinou v blízkosti dělohy
3. *pars ampullaris* – tato ampulární část je nejširší a dál se rozšiřuje v *infundibulum tubae* (fimbriální trychtýř) zakončené fimbriemi, z nichž nejdelší, *fimbria ovarica*, je fixován k ovariu. Mezi fimbriemi se nachází drobný otvor (2-3 mm) *ostium abdominale tubae*, jímž se vejcovod otevírá do břišní dutiny.

Vejcovody plní svoji funkci v období ovulace tím, že zajišťují transport oplozeného vajíčka do dělohy a sperma z dělohy do ampulární části vejcovodu, kde zpravidla k oplodnění dochází. Krevní zásobení zajišťují *arteria* a *vena uterina*. (3,4,5)

Vazy a závěsný aparát vnitřního genitálu

Závěsný aparát vnitřních pohlavních orgánů je kromě vazů krytých *peritoneem* (*lig. rotundum*, *lig. ovarii proprium*, *lig. suspensorium ovarii*) tvořen hlavně pánevním vazivem – *parametrium*. Tím, že se *parametrium* paprskovitě sbíhá z přední, boční a zadní strany do středu a upíná se na dělohu v oblasti *istmu* způsobuje, že vnitřní pohlavní orgány jsou v malé pánvi zavěšeny velmi pružně.

Podpůrný děložní aparát je tvořen svalovinou a vazivem pánevního dna.

Pánevní dno uzavírá pánevní východ, za porodu musí umožnit prostup dítěte měkkými porodními cestami. Dělíme ho na dvě části:

- ***Diaphragma pelvis*** je kraniálně konkávním útvarem, má tvar nálevky směřující svým vrcholem ke konečníku. Za symfýzou je v ní uložen otvor pro konečník, močovou trubici a pochvu, tzv. *hiatus genitalis*. *Diaphragma genitalis* je tvořena svaly *musculus levator ani* a *musculus coccygeus* (kostrční sval). (2,3,4,5) *Musculus levator ani* svírá konečník a pochvu a spolu se svaly břišní stěny, s nimiž má společný vývojový základ, zajišťuje kontrakci odpovídající reakci pánevního dna, tak i stabilitu obsahu pánve a břicha v jejich poloze. (2, 3, 4) *Arcus tendineus fasciae levatoris ani* (ATFLA) se významně podílí i na závěsu *vezikouretrální junkce* a *uretry* v oblasti působení změn intraabdominálního tlaku, změnou jeho směru a uzávěrem pánevního východu kompresí poševního kanálu a tak zamezí vlivu na orgány pánve. (4)
- ***Diaphragma urogenitale (perineální membrána)*** tvoří svalově vazivovou přepážku mezi rozestupujícími se rameny stydkých kostí a vytváří část pánevního dna. Je tvořena dvěma fasciemi (*fascia diafragma urogenitalis et cranialis*) a svaly. Tato zdvojená vazivově svalová plotna částečně uzavírá *hiatus urogenitalis*.

Je tvořena hlubokým příčným hrázovým svaem (*m. transversus perinei profundus*), dutinkosedacím svaem (*m. ischiocavernosus*) a *m. bulbospongiosus*. *Uretru* a *pochvu* obkružuje povrchový příčný hrázový sval (*m. transversus perinei superficialis*), dále se zde nachází zevní svěrač řitní (*m. sphincter ani externus*).

Svaly pánevního dna jsou po obou stranách pokryty fasciemi *musculus compressor urethrae*, *musculus sphincter urethrovaginalis* (jsou důležitou oblastí pro fixaci uretry a vezikouterální junkce). „Nejdůležitější součástí urogenitální diafragmy jsou podle Ulmstena bilaterálně probíhající symetrická obloukovitá *ligamenta pubourethralia*, která fixují uretru k *os pubis* téměř v celé její délce.“ (2,3,4, s. 218-219)

Diaphragma urogenitalis obklopuje uretru a pochvu, za pochvou před rektum se spojuje v *centrum tendineum perinei* (perineal body). V tomto místě je membrána pevně spojena s *m. pubococcygeus*. (4)

Závěsný děložní aparát (nazývaný též *retinaculum uteri*)

Zajišťuje pružné zavěšení dělohy v pánvi. Je tvořen pánevním vazivem, které obklopuje vnitřní ženské pohlavní orgány. Vazivo může být řídké nebo může tvořit zesílené pruhy. Dělíme je na:

- *parametrální vazy (parametrium)* – řídké vazivo v okolí dělohy, kam náleží i vazivo v *lig. latum uteri*
- *parakolpium* – vazivo kolem pochvy

K parametrálním vazům patří:

- 1) *ligamenta cardinalia uteri* (postranní vazy) - probíhají od hrdla dělohy laterálně ke stěně malé pánve
- 2) *ligamenta sacrouterina* (křížoděložní vazy) – silné vazy probíhající od hrdla dorzálně podél rekta ke křížové kosti
- 3) *ligamenta vesicouterina* – slabší vazy směřující ventrálně k okrajům močového měchýře
- 4) *ligamenta pubovesicalia* - jsou pokračováním *lig. vesicouterina*, společně tvoří „pilíře“ pokračující k *symfýze*
- 5) *ligamenta teretia uteri* (oblé vazy) – směřují od děložních rohů k tříselnému kanálu, po výstupu z *anulus inguinalis superficialis* se vytrácejí ve vazivu velkých stydkých pysků (*labia majora*), udržují dělohu v anteverzi a anteflexi (2, 4, s.8)

Pobřišnice (výstelka břišní dutiny – *peritoneum*)

Již u výše popisovaných orgánů byla zmínka o *peritoneu*, které přechází z břišní stěny na močový měchýř, který pokrývá a dál v místě *orificium internum canalis* přechází na přední děložní stěnu. Pokrývá i zadní stranu děložní a pokračuje hlubokým záhybem *excavatio rectouterina* (Douglasův prostor) na přední stranu rekta. Toto místo je nejnižším místem celé břišní dutiny u ženy stojící i ležící, proto tekutý patologický obsah (krev, hnis), který sem stéká, může být odebrán punkcí zadní poševní klenbou. Od dělohy směrem k pánevním kostem vzniká zdvojení *peritonea* - tzv. široký vaz (*plica lata uteri*), ve vazech *ligamentum latum* je řídké parametrální vazivo, parametrální vazy, vejcovod, krevní a lymfatické cévy, uzliny a nervové pleteně.

Vaječníky nejsou kryty peritoneem, pobřišnice končí při spojení s *mezovariem* (Farrova bílá čára).

Peritoneum zajišťuje svým hladkým a vlhkým povrchem posunutelnost orgánů proti sobě, např. při naplnění močového měchýře, rekta nebo zvětšování dělohy v období těhotenství. (3,4,9)

Topografické vztahy – ostatní orgány malé pánve

Močovod (ureter) - vstupuje do malé pánve po překřížení *a. a v. iliaca externa*, laterálně od něho probíhá *a. a v. ovarica*. Ve výši sedacích kostí vstupuje do *parametria*, pokračuje těsně pod zadním listem širokého vazy, kde změni směr mediálně a dopředu. Je velmi blízko děložního hrdla (1,5 cm), v tomto místě se kříží s *a. uterina*, která probíhá nad močovodem. Po průniku *parametrium* vstupuje močovod do *ligamentum vesicouterinum* a vstupuje šikmo do močového měchýře. (3,9)

Močový měchýř (vesica urinaria) – je v ženské pánvi uložen za stydkou sponou, před dělohou a pochvou, na *diaphragma urogenitale*. Od dělohy je oddělen peritoneálním záhybem tvořícím *excavatio vesicouterina*. Dno měchýře je spojeno vazivovým *septum vesico-urethro-vaginale* (*vesicovaginale*) s přední poševní stěnou. Na přední straně močového měchýře je místo bez řas, tzv. měchýřový trojúhelník (*trigonum vesicae*), nachází se mezi ústími močovodů a a vnitřním ústím močového měchýře. (4,5,10)

Močová trubice (urethra feminina) – je dlouhá asi 3-4 cm. Její ústí leží 2-3 cm od *glans clitoridis*. V celé své délce je močová trubice v těsném kontaktu s pochvou, společně s ní prostupuje obloukovitě pod spodní hranou symfýzy přes *hilus urogenitalis* do poševní předsíně.

Pro zajištění kontinence, zejména při zvýšeném intraabdominálním tlaku je důležitá fixace měchýře, hrdla močového měchýře a *uretry* ve správné poloze. Zde se opět podílejí svaly a fascie pánevního dna a vazy připevňující *uretru* k okolním strukturám. Neméně důležitý je i epitel *uretry* (přechodný, dlaždicový), pojivo mezi sliznicí a vrstvou hladké svaloviny bohaté na cévy, hladká a příčně pruhovaná svalová vlákna. (4,5,10)

Konečník (rektum) – je konečným oddílem trávicího ústrojí a má topografické vztahy k vnitřním i zevní rodidlům. Oblast mezi análním otvorem (*anus*) a poševním vchodem je oddělen hrází (*perineum*).

Děloha je od análního ústí oddělena Douglasovým prostorem, od pochvy je oddělen vazivovým *septum rectovaginale*.

Hráz (*perineum*) je součástí pánevního dna a přispívá k normálnímu uložení vnitřních rodidel a správné funkci močového měchýře. Je tvořena vazivovým a svalovým *corpus perineale (centrum tendineum perinei)* Defekty hráze mohou způsobit sestup poševních stěn. (4,9)

1.3 Charakteristika onemocnění

1.3.1 Sestup a výhřez dělohy (descensus et prolapsus uteri)

Patologické uložení rodidel se nazývá deviace. Nejde zde tedy o nemoc v pravém slova smyslu, nicméně může ženě způsobovat mnohé zdravotní potíže. Existuje několik možných posunutí dělohy vertikálním či horizontálním směrem, nepravidelností ve smyslu sklonění či ohnutí, otočení, dokonce vyvrácení. Při posunutí dělohy vertikálním směrem, kaudálně, dochází k poklesu či výhřezu dělohy. Tato porucha je u žen nejčastější a vyžaduje vždy korekci. Při sestupu dělohy ale zákonitě dochází i k poklesu ostatních pánevních orgánů (pochva, močový měchýř, konečník), neboť je děloha s nimi vazivově spojena a tak může dojít k jejich posunutí nebo deformaci. Při descenzu bývá istmická část dělohy

pod interspinální čarou a může být posunuta až do poševního vchodu. Při prolapsu dělohy bývá celá děloha i s fundem ve vaku, který tvoří poševní stěny. Nachází li se děloha v poševním vaku, poševní stěny začnou měnit svůj charakter a stávají se kožovitými, děložní čípek bývá drážděn a může dojít ke vzniku dekubitálního vředu (*ulcus*).

Již zde bylo uvedeno, že pravidelnou polohu pohlavních orgánů v malé pánvi zajišťuje neporušený závěsný a podpůrný aparát a síly, které vyrovnávají tlak v břišní dutině. Během svého vývoje se člověk stal člověkem vzpřímeným a pro funkci svalů pánevního dna ženy to znamenalo změnu od akutní schopnosti kontrakce v trvalý tonus. Svaly pánevního dna se staly nosnou strukturou orgánů peritoneální dutiny. (1, 3, 5).

1.3.2 Symptomy

„Poruchy funkce způsobené prolapsem pánevních orgánů a dysfunkce pánevního dna nejsou dobře charakterizovány a přesně vymezeny.“ Halaška dále uvádí: „Stále přetrvává potřeba vypracovat, standardizovat a ověřit různé stupnice, jako jsou dotazníky kvality života pro konkrétní stavy pro každou ze skupin funkčních symptomů: 1) dolní močové cesty, 2) střeva, 3) sexuální a 4) jiné místní symptomy.“ (4, s. 219)

Ženami často uváděné potíže jsou:

- pocit tlaku dolů, tíha, jako by něco vypadávalo z pochvy
- bolesti zad (algickovertebrální syndrom) způsobené tahem za *ligamenta sacrouterina*
- tlak nebo bolest v břiše
- poruchy krevního oběhu a omezení výkonnosti
- inkontinence nebo pocit neúplného vyprázdnění
- nutné změny polohy při vyprazdňování
- problémy s defekací
- manipulace s vagínou nebo perineem při vyprazdňování
- obtíže při chůzi (proto ženy často vstoje překřičují nohy)

- psychické problémy v souvislosti se sexuálním životem
- jiné

1.3.3 Etiologie

Co způsobuje výhřez pánevních orgánů? K výhřezu dochází, když začnou oslabovat svaly, vazy a povázky (sít' podpurné tkáně), které tyto orgány udržují ve správné poloze. Hlavní příčinou je poškození nervů, vazů a svalů, které tvoří podpurný a závěsný aparát pánevních orgánů. Tato poškození mohou plynout z následujících situací:

1. Těhotenství – porod (dilatace pochvy a rozvolnění pánevního dna), po porodech velkých plodů nebo klešťových porodech s poraněním porodních cest.
2. Stárnutí, menopauza, postmenopauza (úbytek estrogenů).
3. Důvody, které způsobují nadměrný tlak na pánevní dno: obezita, chronický kašel, zácpa, zvedání těžkých předmětů, namáhavá práce.
4. Dědičně zvýšené riziko – u některých nemocí (např. Marfanův syndrom, Ehlers – Danlas syndrome) je oslabena pojivová tkáň. (3, 4, 14, 19)

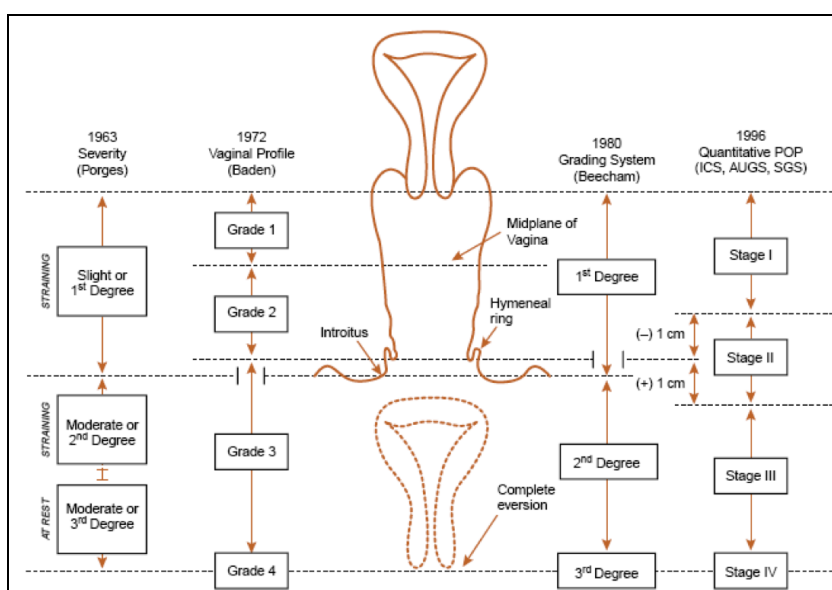
1.3.4 Klinický obraz

Potíže, které ženu při sestupu rodidel provázejí, záleží na pokročilosti a stupni sestupu, nemusí však vždy korelovat a zřetelná **cystokéla a rektokéla** může být bez příznaků. (3, 5)

Klinický popis sestupu orgánů malé pánve se provádí při fyzikálním vyšetření zevních pohlavních orgánů a vaginy, s dopomocí moderní zobrazovací techniky. K výhřezům může dojít na přední stěně poševní (přední oddíl), zadní stěně poševní (zadní oddíl), dělohy nebo horní části pochvy (horní prostor). Mnoho žen může mít výhřez ve více než jednom oddílu zároveň. Pacientky mohou trpět současně i stresovou inkontinencí. Přístup k prolapsu pánevních orgánů ženy by měl být mezioborový. (14, 18, 19)

1.3.5 Diagnóza

Při klasifikaci a kvantifikaci sestupu pánevních orgánů se dříve užívala klasifikace Baden – Walkerova (1972), kde je pro hodnocení sestupu použit termín „grade“ (stupeň). Na doporučení ICS (International Continence Society) (1996) se stále častěji používá poměrně složité hodnocení pomocí šesti definovaných bodů, kde je pro sestup používán termín „stage“ (stadium). Pelvic Organ Prolapse – Quantitative – POP – Q umožňují sice přesný popis anatomie jednotlivých pacientek, ale nálezy je třeba seskupit do jednotlivých stadií.

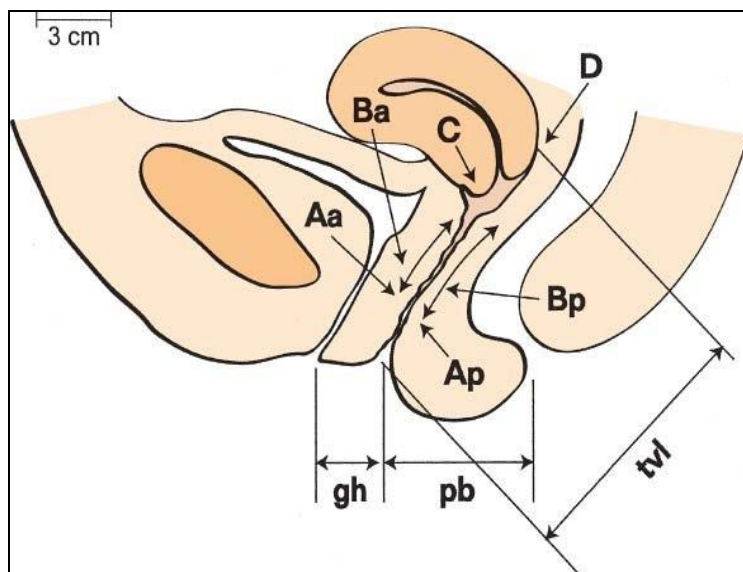


Obrázek 1. Různé způsoby klasifikace descenzu a prolapsu

Zdroj: Google – obrázky, autor: Bump et al, *Am J Obstet Gynecol* 1996; 75:1

Dostupné on line: http://www.imop.gr/sites/default/files/uploads/3_proptosi.png (cit. 11. 6. 2014)

- *Stadium 0* – žádný sestup, všechny body jsou nad hymenem, body Aa, Ap, Ba a Bp jsou všechny ve vzdálenosti -3cm a buď pod C, nebo D jsou ve vzdálenosti $\leq - (tvI - 2)$ cm.
- *Stadium I* – kritéria pro stadium 0 nejsou splněna, distální bod descendovaného orgánu > 1 cm nad hymenem
- *Stadium II* – distální bod pokleslého orgánu ≤ 1 cm nad/pod hymenem.
- *Stadium III* – distální bod je > 1 cm pod hymenem, 2 cm pochvy nesestupují
- *Stadium IV* – celá pochva prolabuje před rodidla (4, 10)



Obrázek 2: Klasifikace descenzu a prolapsu pánevních orgánů POP – Q využívající šesti definovaných bodů: genitální hilus(gh), perineální oddíl (perineal body – pb), celková délka vagíny (tv1). Hymenální okraj (hiatus genitalis) je referenční úroveň, ke které se vztahují vzdálenosti uvedených bodů.

Zdroj: Google – obrázky, autor: Berek & Novak's Gynecology

Dostupné on line:

http://dev.epubbud.com/uploads/1/3/3/6/13366375/images/Berek_Novak_s_Gynecology_14_ed_pdf/index-1321_1.jpg (cit. 11. 6. 2014)

1.3.6 Vyšetření a popis prolapsu pánevních orgánů

Doporučenými kritérii pro průkaz maximálního prolapsu je vyšetřujícím lékařem zjistit a popsat jakoukoli protruzi vaginální stěny, která se stáhla při narovnání pacientky a pacientka by měla potvrdit, že velikost prolapsu a rozsah maximální protruze pozorované vyšetřujícím lékařem je stejně rozsáhlá jako nejhorší protruze, kterou žena pozoruje během své každodenní činnosti. Při vyšetření je třeba zaznamenat i použité manévry (Valsalvův manévr, kašel). (4, 18)

Při vyšetření pacientky lékař dále postupuje dle již výše posané klasifikace dle návrhu ICS.

Fyzikální vyšetření, které zahrnuje aspekcí a palpaci je prvořadé, neboť definované body měření jsou projikovány na poševní stěnu, jako jedinou strukturu, kterou vidí lékař přímo. (4)

Doplňujícími technikami fyzikálního vyšetření jsou: vyšetření v gynekologických zrcadlech, rektovaginální vyšetření prstem, měření sestupu perinea, měření genitálního hiátu nebo vyčnívajícího prolapsu, měření objemu vagíny, popis a měření rektálního prolapsu, aj.

Laboratorní vyšetření: mikrobiologické (stěr z poševního prostředí k provedení kultivace a určení citlivosti na ATB, mikroskopické vyšetření MOP (mikrobiální obraz poševní).

Zobrazovací metody: ultrazvuk (abdominální, perineální, vaginální, rektální, uretrální), patří mezi nejčastěji používané metody.

Kontrastní radiografie: zahrnuje mimo jiné i kolpo – cysto – uretrografii, defekografii, peritoneografii a pánevní skiaskopii, k vyšetření se používá různých kontrastních látek nebo uretrálních či vaginálních zařízení (tampón, katétr, řetízek).

Magnetická rezonance: umožňuje kontinuální zobrazování struktur malé pánve, vyžaduje snímání vleže.

Snímání tlaku: umožňuje měření uretrálního, vaginálního a análního tlaku k posouzení ovládání a síly svalstva pánevního dna. (2, 4)

1.4 Hysterektomie

„Hysterektomie je definována jako chirurgické odstranění celé dělohy, které má za následek sterilitu, absenci menstruace, může mít důsledky v oblasti sexuální, hormonální, psychické i sociální“, uvádí Tošner. (16) V doslovném překladu slovo hysterektomie znamená „vyříznutí dělohy“. Indikací k odstranění dělohy je bohužel mnoho, je to nejčastější gynekologická operace. Podle rozsahu operace popisujeme:

- hysterektomie prostá – odstraňuje se pouze děloha
- hysterektomie s adnexetomií – odstraněna je děloha i vejcovod a vaječník na jedné nebo obou stranách
- hysterektomie radikální – odstraněna je nejen děloha, ale i vazivové struktury, které ji v pánvi drží

Fait popisuje druhy gynekologických operací při hysterektomii jasně a stručně podle operačního přístupu:

1.4.1 Abdominální hysterektomie:

Přístup k děloze je přes břišní stěnu ze svislého řezu ve střední čáře nebo příčného řezu nad sponou stydkou. Indikací jsou výrazně zvětšené dělohy, příliš úzká pochva, riziko srůstů v malé pánvi, nádory vaječníků. „Po proniknutí břišní stěnou jsou přerušeny všechny vazy udržující dělohu a případně i vaječníky v malé pánvi se zvláštním zřetelem na pečlivé podvázání děložních cév a opatrnosti k průběhu močovodu, který v bázi těchto vazů prochází. Na přední stěně je na děloze zavěšen močový měchýř, který musí být sesunut. Následuje protnutí pochvy v oblasti úponu na dělohu. Pochva je poté zašita a zavěšena na vazy, které dříve držely dělohu, aby nedocházelo k jejímu sestupu a měla stále svůj původní sklon.“ (11, s. 68)

1.4.2 Vaginální hysterektomie:

Děloha je odstraněna vaginální cestou. „Je ideální pro menší dělohy a pokud není plánováno odstranění vaječníků. Pochva je kolem čípku odříznuta. Vzadu operátor proniká mezi dělohu a konečník a vpředu mezi dělohu a močový měchýř. Poté postupuje těsně při děloze a protíná vazy držící dělohu v malé pánvi včetně děložních cév. Na závěr je oboustranně přerušen vejcovod. Po odstranění dělohy je pochva uzavřena stehem a zavěšena na konce ponechaných vazů děložních.“ (11, s. 68)

1.4.3 Laparoskopická a laparovaginální hysterektomie:

Jde o kombinaci laparoskopie různého rozsahu s vaginálním odstraněním dělohy. Tato operace je vhodná pro ženy s menší dělohou, kde chceme bezpečně uvolnit vaječníky. LAVH je nejčastější laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. „Do břišní dutiny vstupuje operátor pomocí trubkovitých nástrojů silných 10 nebo 5 mm nejčastěji z pupeční jizvy a dalších 3 míst v dolní části břicha. Pod kontrolou zraku pomocí tenkých nástrojů je možno uvolnit vaječníky, eventuálně vazy děložní. Poté lze operaci dokončit z oblasti pochvy. Nebo vše provést laparoskopicky, včetně zašití pochvy.“ (11, s.68)

Zábranský říká: „Současný operatér by měl ovládat všechny tři základní přístupy k hysterektomii - vaginální, laparoskopický nebo laparovaginální a abdominální.“ Díky laparoskopii došlo vlastně k renesanci vaginální operativy.(7)

1.5 Historie vaginálního přístupu u hysterektomie

„První pokusy o provedení vaginální hysterektomie (VH) se datují hluboko do středověku, byly to ale vynucené, nesystematicky prováděné pokusné výkony, především pro poporodní inverze dělohy, exofytické tumory hrdla často maligní etiologie, prolapsy rodidel a do pochvy protrudující myomy. Z hlediska dobových znalostí nemohl být samozřejmě operatér na výkon připraven a ten končil většinou tragicky.“(20)

Koncem 19. století se profileovaly národní školy vaginální operativy, některé ale postupně zanikly (USA, Francie, Anglie). Kontinuita těchto škol nebyla přerušena pouze v Německu a Rakousku. Čechy, které patřily do tohoto geoprostoru, nemusely s výukou VH začínat nikdy od nuly.(7, s.117)

Mezi představitele německé školy patří Vincenz Czerny, který od roku 1879 prováděl VH jednoduchým způsobem pomocí tří ligatur na každé straně, zadní luxace a otevřeného způsobu uzávěru. („Je považován za zakladatele moderní viscerální chirurgie, intestinálních malignit a multimodální léčby. Zavedl radio- a chemoterapii v léčbě tumorů a založil první experimentální institut pro výzkum rakoviny“). (20) Gustav Döderlein navázal na jeho postup, který dál rozvinul a vypracoval další postupy pro rozličné situace.

Představiteli vídeňské vaginální školy jsou především Schautou (Friedrich Schauta (1849 – 1919) zakladatel techniky radikální vaginální hysterektomie) a Wertheim. (7,20)

„Operační technika zůstala po I. světové válce zakonzervována především v Rakousku, v jednom z nejchudších poražených států, který neměl prostředky na zakoupení radia. Tento historický paradox zachránil operační techniku RVH od úplného historického zapomenutí. Rakouská škola se tak stala živým konzervátorem chirurgických metod a prosazovala nadále vaginální operace i u vybraných onkologických onemocnění. Konec 19. století byl

mimořádně bohatý rozvojem mnoha vědních oborů, objevovaly se unikátní koncepce a doslova explodovaly nové myšlenky. Vznikaly vyhovující operační stoly s možností polohování pacientky i pro vaginální přístup, nově designované nožní podpěry, operační sály měly systém zrcadel, které fokusovaly světlo do operačního pole, nastaly pokroky v předoperační přípravě pacientek, sterilizaci, anestezii, v šicím materiálu, přístrojovém a nástrojovém vybavení, lancetový typ šicích jehel byl nahrazován plochými Hagedornovými, které netrhaly tkáň a mnoho dalších. To vše umožnilo velký rozvoj nových postupů v operační léčbě.“ (20)

Z představitelů francouzské školy je uváděn Jules-Émil Péan, který byl považován za geniálního chirurga (byl velkým průkopníkem zadní hemisekce a morselace velkých myomů) a Richelot, který vypracoval techniku VH u nestažitelných děloh. (7, 20)

1.5.1 Česká operační škola vaginální hysterektomie.

„Pravděpodobně první, kdo provedl v Čechách VH byl prof. Václav Rubeška. Bylo to 25. září 1884. Rubeška byl v gynekologické operativě samoukem. Díky své mimořádné pílì získal ale takové dovednosti, že se stal suverénním vaginálním operátorem. První zkušenosti s VH sepsal pod názvem „Totální exstirpace dělohy per vaginam“ (Čas.lék.čes., 23, 1884, s. 779-781). Indikací k hysterektomii byl karcinom endometria. Děloha byla nestažitelná, užil proto dvou pomocných řezů v pochvě, parametria podvázal retrográdně a přechodně si pomohl elastickou ligaturou. Operace trvala dvě hodiny, s minimální krevní ztrátou. Za zmínku snad stojí, že pacientka dostala třetí pooperační den jako nápoj víno a k jídlu čtvrtý den kuře. Nemocná začala chodit 22 den, po vyloučení všech ligatur. Rubeška si oblíbil vaginální cestu zejména proto, že byl především porodníkem. Pochvou dovedl vybavit i mimořádně velké myomy, operoval úsporně pouze s několika nezbytnými nástroji, v anatomických vrstvách a pečlivě stavěl krvácení. Operoval proto pomalu, sám to o sobě věděl a kriticky to uznával. Prof. Pawlik napsal sice svoji první studii o VH dva roky před Rubeškou / 1882 / ve Vídni, ale indikací byl karcinom cervixu a výkon byl rozšířený o odstranění okolního vaziva.“ (20)

Pawlik patří historicky mezi první proponenty radikální VH a v tomto kontextu je doposud citován i v současné světové literatuře, obecně ale vaginální operace neprováděl. (7, s.118)

Po první světové válce opět dochází k období zájmu o VH. „*Vezmeme-li v potaz nízkou invazivitu vaginálního přístupu, byl to návrat z rozumu.*“ (7, 20) Zde je možné zmínit Pehama, Amreicha, Halbana, Heaneyho. Z našich novodobých operatérů je v literatuře uváděn Kleisl, Kubeš, Chmelík, Havránek a Jirátko. „*Jirátko se zaměřil především na taktiku postupu při špatně stažitelném nebo zcela nestažitelném hrdle. V operační technice VH proškolil desítky operatérů.*“ (7, 20)

1.6 Charakteristika vaginální hysterektomie

Jak již zde bylo uvedeno, vaginální hysterektomie je odstranění dělohy pochvou.

Podmínky k provedení VH dnes již strictu senso neplatí, taktéž kontraindikace se staly zcela flexibilními. Až na výjimečné případy není VH určena k řešení maligních chorob. (7, s. 119)

Mezi nejčastější indikace k VH patří myomy (30%), krvácení, prekancerózy cervixu, sestup genitálu, chronické bolesti v podbřišku a adenomyóza. (7, s.119)

Vaginální hysterektomie má celou řadu variant, kde se mohou uplatňovat různé techniky najednou.

- jednoduchá VH
- VH + adnexektomie
- VH + plastiky poševní, rekonstrukce pánevního dna
- VH + diagnostická laparoskopie
- VH + laparovaginální operace
- radikální VH (RVH)

Pokud je indikací k hysterektomii sestup nebo prolaps, pro zvolení vhodné přístupové cesty je vždy rozhodujícím faktorem vlastní gynekologický nález a

zdravotní stav pacientky. Toto rozhodnutí je vždy na operátorovi, který musí být samozřejmě zkušený. (7, s.118)

Velkým kladem u VH je to, že je dobře tolerována i u vysoce rizikových a obézních pacientek a pro vstup do pánve je potřebný pouze jeden peritoneální otvor, manipulace se střevy je minimální. Je spojena s krátkým operačním časem, malou krevní ztrátou, redukcí anestezie, analgetik a antibiotik. Rekonvalescence narozdíl od AH probíhá rychleji a je zde i nižší perioperační morbidita, výhodou je, že je i ekonomicky výhodnější pro naše zdravotnictví. (7, 118)

Komplikace mohou nastat u jakéhokoliv typu hysterektomie. „Míru rizika vzniku komplikací nedovede v současné době stanovit žádný zdravotní systém,“ (7, s. 132)

Většina komplikací, které mohou nastat je konvenčně rozdělena do perioperačního a pooperačního období. Zábranský konstatuje, že VH má relativně nízkou frekvenci komplikací, mezi nejčastěji vyskytujícími jsou záněty a krvácení. Pacientka je po výkonu vždy umístěna na JIP, kde se kontrolují a sledují její fyziologické funkce po dobu nezbytně nutnou. Časnými pooperačními komplikacemi mohou být: krvácení v ráně a okolí, pánevní flebotrombóza, tromboflebitida, septický šok aj. (7, s.132)

Vaginální hysterektomie je základní metodou volby při řešení descenzu a prolapsu pánevních orgánů u žen, které již nejsou ve fertilním věku, jde většinou o ženy v období menopauzy a postmenopauzy. Nejedná se zde ale pouze o prosté odstranění dělohy, je třeba myslet i na další sexuální život ženy, kdy zachování normálního sklonu, průměru a délky pochvy je proto podmínkou.

Důležitou součástí rekonstrukce pochvy v rámci řešení descenzu a prolapsu orgánů malé pánve jsou **plastiky poševní**, rekonstrukce svalové pánevní diafragmy a perinea. „Vedle repozice descendovaných orgánů a zlepšení sexuální funkce je nejdůležitější vizitkou práce operátora.“ (16, 4, s. 221)

Zde si nyní dovoluji citovat operační postup, který je uveden pro pacientky, které podstupují vaginální hysterektomii, eventuálně plastiky poševní v informovaném souhlase v jedné nejmenované nemocnici.

„Vlastní operační výkon: Provádí se v celkové anestezii či svodné regionální analgezii, v gynekologické poloze stejné jako při běžném gyn.

vyšetření. Odstranění dělohy při prosté vaginální hystrektomii se začíná odpreparováním stěny pochvy a močového měchýře od dělohy. Po proniknutí do dutiny břišní v zaděložním prostoru se provede podvázání a odstřížení vazů ukotvujících dělohu v pánvi, poté se provede podvázání a odstřížení děložních cév a nakonec oddělení zbytků vazů podél dělohy. Děloha se vyjme poševní cestou z břišní dutiny ven, zkontroluje se krvácení. Pokud se provádí i odstranění vejcovodů s vaječníky, provádí se buď samostatně po vyjmutí dělohy či společně s dělohou, kdy se též pro jejich oddělení musí podvázat přívodné cévy k těmto orgánům. Po vyjmutí se provede uzavření pobřišnice, do kleneb poševních se vyšijí pahýly závěsných vazů děložních pro prevenci sestupu poševního pahýlu a nakonec se sešije stěna pochvy. V případě provedení přední plastiky se vysouvá močový měchýř mimo oblast přední stěny děložní či přední stěny pochvy. Při zhoršeném držení moče se provádí podložený steh pod močovou rouru. Odstřihuje se odpreparovaná přebytečná stěna pochvy a tyto okraje pochvy se pak opět sešívají k uzavření defektu ve stěně pochvy. Toto odstřížení přebytečné stěny pochvy a její sešití se provádí buď s ohledem ke skutečnosti, kdy paní uvede, že má nadále se svým partnerem pohlavní styk anebo se pochva sešívá již bez ohledu na kohabitaci. Pokud již paní pohlavní styk nemá, pochva se sešívá daleko pevněji s lepší prognózou, že již nedojde k opětovnému vyhřeznutí poševních stěn. V případě zadní plastiky se provádí krátký cca 2-3 cm podélný či příčný řez ve střední čáře na zadní straně poševního vchodu a protíná se i stěna pochvy v místě operované zadní plastiky. Odpreparuje se poševní stěna, provede se její odstřížení v rozsahu jejího výhřezu, následně se sešijí svaly zvedačů pánevního dna. Nakonec se sešije opět pochva k jejímu zacelení a sešití kůže na poraněné hrázi. Rozsah zevního poranění je v konečné fázi pouze takový, jako mají ženy po běžném nástřihu hráze po porodu. Po prostém odstranění dělohy pochvou a po přední plastice poševní nemá operovaná paní zevně defekt žádný.“ (17)

1.6.1 Nechirurgické řešení prolapsu

Pokud žena netrpí dyskomfortem a byl jí diagnostikován výhřez, měla by se vyhnout zvedání těžkých předmětů, dlouhodobému zvýšení tlaku v břiše, např.

při zácpě a obezitě. Důležité je i posilování pánevního dna pravidelným cvičením, zaměřeným na posílení oslabených svalů.

V dnešní době existují vaginální pomůcky (pesary) vyrobené v různých tvarech a velikostech. Pesary poskytují mechanickou podporu pro vyhrézávající orgán a zmírňují příznaky. Z důvodu chtěného těhotenství, odložení a odmítnutí operace nebo kvůli závažným zdravotním problémům, při kterých by operace byla vysoce riskantní, zavede ženě lékař do pochvy tuto pomůcku jako přechodné opatření. (14)

„Dokonalá znalost topografických vztahů zevních rodidel k sousedním orgánům (močové trubici, močovému měchýři, močovodům, konečníku, velkým pánevním cévám, nervovým strukturám a dalším pánevním orgánům) – i k sobě navzájem je důležitým předpokladem fyziologického operování. Z těchto vztahů vycházejí i principy operační techniky jednotlivých chirurgických výkonů.“ (9, s. 20)

1.7 Předoperační příprava k vaginální hysterektomii

1.7.1 Předoperační vyšetření

Předoperační vyšetření má zajistit, aby operační výkon byl pro pacientku co nejbezpečnější. (7) K posouzení je třeba pečlivé interní a kardiologické vyšetření. U pacientek vyššího věku se mohou mnohem častěji vyskytovat komplikace: pneumonie, tromboembolická nemoc, šok, peritonitida, ileózní stavy, špatné hojení operační rány, metabolické poruchy, psychické poruchy až zmatenost. Riziko je u nich podmíněno především již nějakým průvodním onemocněním. (9)

1.7.2 Psychická příprava

Každý člověk má strach z operace, i když to nemusí dávat najevo. Chování ženy ovlivňuje nejenom strach, ale i stud, úzkost a možný pocit méněcennosti. Strach vede k pocitu úzkosti a podráždění nervového systému. Pozitivní vliv na pacientku má vhodné psychické působení lékaře, přivyknutí nemocničnímu prostředí, neboť nástup do nemocnice a plánovaná operace může být zejména pro

starší ženy a klientky, které doposud nebyly hospitalizovány, velmi stresující. Sedativa, dobrý spánek a správná premedikace jsou nedílnou součástí psychické přípravy. (2, 9)

Příprava pacientčiny „duše“ v boji proti strachu je nejen lékařskou povinností, ale měla by být úkolem celého zdravotnického týmu. (2, 3,4) Důležité pro nemocnou je, aby měla klid a důvěru v ošetřující personál (3). Na tomto úkolu se především podílejí zdravotní sestry, které jsou ponejvíce s pacientkou ve styku. V širším slova smyslu jde o to, aby bylo pacientce trpělivě lékařem vysvětleno, jaký je charakter její nemoci a nezbytnost operace. Žena musí vědět jaký je její zdravotní stav, jaký druh operace jí čeká, je informována o délce pobytu, o předoperační přípravě i o možných komplikacích. (2, 4) „To vše je důležité pro informovaný souhlas s operací, ve kterém je nutno zcela srozumitelně a písemně vysvětlit principy operace, možná rizika komplikací a následného pooperačního období.“ (4, s. 62)

Sestra seznámí pacientku s ošetřovatelskými intervencemi, které se týkají zejména problematiky bolesti a jejího tlumení, hygienické péče, rehabilitace, péče o pooperační ránu a invazivní vstupy. Uvede i možné vedlejší účinky anestezie (nauzea, nevolnost) či problémy s vyprazdňováním. (2)

1.7.3 Somatická příprava

Den před operací: Předoperační příprava spočívá v úpravě stravy, ve vyprázdnění střev a v přípravě operačního pole. (4) Den před operací se podává v poledne již jen lehká strava, tekutiny smí pacientka přijímat až do večera.

V podvečer je ordinováno očistné klyzma. K přípravě patří i vykoupaní a oholení vulvy a perinea. To provádí sestra nebo to pacientka může provést sama.

Na noc anesteziolog ordinuje hypnotika a sedativa. (4)

Operační den: V průběhu operace je zavedena močová cévka (Foley) k zajištění vyprázdnění močového měchýře. Profylakticky jsou aplikována antibiotika. Půl hodiny před operací se podává premedikace dle ordinace lékaře.

Dezinfekce operačního pole - pochva, vulva, perineum, anus, mediální plocha stehů a část podbřišku se provádí těsně před operací na sále, kde je

pacientka uložena v gynekologické poloze. (2, 3, 4) U dlouhodobých operací se používají jemné transparentní fólie (zarouškování kromě operačního pole).

Důležitá je prevence tromboembolické nemoci a to nejen u žen s varikózním komplexem dolních končetin a žen v postmenopauze a seniu. Dolní končetiny jsou těsně před operací bandážovány obinadlem nebo kompresivními punčochami. (3, 11) „Pro všechny operace je společné vzácné riziko otlaku nervů končetin na operačním stole. Následné poruchy citlivosti a hybnosti ustupují během několika týdnů po operaci.“ (11, s. 69)

Pooperační péče: Pacientka je přemístěna na jednotku intenzivní péče, kde jsou monitorovány její základní životní funkce. Zde pobývá 12 – 24 hodin. „Na hrudi má přilepeny elektrody pro sledování srdeční akce, na paži má manžetu pro sledování tlaku krve a na prstě pulzní oxymetr, který sleduje množství kyslíku v krvi.“ (11, s. 69)

Trvalé intenzivní monitorování se týká:

- sledování prokrvení spojivek, sliznic a kůže akrálních částí, výbavnosti reflexů, krytí operační rány, žilních vstupů
- sledování a zaznamenávání příjmu a výdeje tekutin, korekce krevních ztrát, protišokových opatření (tlumení bolestí, ticho a šetrné zacházení)
- prevence TEN, starost o střevní peristaltiku, péče o PMK, nemocná se vede k časně mobilizaci
- dietní opatření (2)

1.8 Základní údaje o nemocné

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení : L. P.

Rodné číslo : xxxxxx/xxxx

Věk : 66 let

Pohlaví : ženské

Tělesná výška : 160 cm

Tělesná váha : 57 kg

Stav : ovdovělá

Oslovení : paní P.

Vyznání : bez vyznání

Bydliště : okresní město

Povolání : důchodkyně

Osoba, kterou lze informovat: vnoučata, zeť

Místo hospitalizace: standardní oddělení gynekologie

Datum přijetí: 03.10. 2012

Důvod přijetí: plánovaná operace

Lékařská diagnóza při přijetí : úplný výhřez dělohy a pochvy

Vedlejší lékařské diagnózy : léčena pro vyšší cholesterol

Informovanost pacienta o diagnóze : pacientka je plně informována

1.8.1. Lékařská anamnéza a diagnóza

Rodinná anamnéza: bratr IM, sestra zdráva, otec zemřel po úraze, matka 71 let žije

Osobní anamnéza: vážněji nestonala, běžná dětská onemocnění

operace: 0

úrazy: 0

dieta: 0

abúzus: nekouří, nepije

Gynekologická anamnéza:

menarche: od 13 let, bolestivá

menstruační cyklus: pravidelný po 28 dnech, 5 – 7 dní

postmenopauza: 2002

porody: 2krát spontánně záhlavím

spontánní aborty: 0

UPT: 0

gynekologické onemocnění: 0

Farmakologická anamnéza:

CORALIP

Alergická anamnéza: JOD, PNC, náplast snáší

Sociálně – pracovní anamnéza: ovdovělá, důchodkyně, žije s vnučkou a vnukem v rodinném domku

Nynější onemocnění: odeslána k hysterektomii vaginalis simplex + plastiky poševní

Diagnóza: HYSTORECTOCOELAE, DESCENSUS UTERI

1.8.2 Stav při přijetí:

Pacientka bez obtíží, nekrvácí. Močení – obtíže ve smyslu retence, kontinentní. Stolice v normě, kontinentní.

Subjektivně: tlaky v pochvě

Objektivní vyšetření: břicho a zevní rodidla – čípek před introitem

in spec. : pochva bpn, MOP II, cystorektokéla gr. III

vag. : čípek cylindrický, děloha sestupuje do dolní třetiny pochvy, okolí bez patologických nálezů

vita sex, kontinentní

POP: prsy pravidelně mamografie, bpn

1.8.3 Přehled provedených vyšetření:

Povinné interní vyšetření provedl praktický lékař a pacientka jeho záznam předala při příjmu.

Závěr anesteziologického a interního vyšetření provedl s pacientkou anesteziolog v odpoledních hodinách dne příjmu: Dyslipidémie, ASA II, A: Ajatin

Pacientka byla informována o tom, že operační výkon bude proveden v celkové anestezii.

1.9 Přehled terapie:

Záznam z operačního protokolu:

Po circumcizi pochvy při úponu na čípek děložní prostříženy ligg. vesicouterina a Pehamovo supravaginální septum a močový měchýř vysunut kraniálně. Plica vesicouterina prostřížena. Ze zadní colpocoeliotomie ligovány safílem ligg. sacrouterina a cardinalia a zavěšena. Vasa uterina izolovaně ligována silonovými stehy. Děloha vyjmuta in toto, ligg. ovarii propria, tuby a ligg. rotunda ligována silonovými stehy. Kontrola krvácení z úvazků negativní. Extraperitonealizace děložních pahýlů provedena dle Mc Calla, zadní a postranní vazy děložní, zadní poševní klenba, ligg. vesicouterina prošity safíl. stehem a sblíženy, peritoneální dutina tak uzavřena. Z přední mediální colpomotomie vypreparováno septum vesicovaginale. Pod uretru v oblasti vesicoureterální junkce naloženy dva safíl. Stoeckelovy stehy. Cystocela eliminována 2x příčným safíl. stehem. Do pahýlu poševního prošity úvazky zadních a postranních vazů děložních. Pahýl poševní na závěr sešit pokračovacím safíl. stehem. Následuje zadní plastika poševní. Ze zadní stěny poševní a hráze vyťat mukokutánní trombus dle Hegora, rectovaginální septum vypreparováno. Do vrcholu plastiky naložen pražský steh a vyšit do pochvy, rektokéla eliminována dvěma příčnými safíl. stehy. Mm. levatores sblíženy dvěma safíl. stehy. Pochva sešita pokračovacím R Vicryl stehem, hráz ošetřena Vicril R jednotl. stehy. Do pochvy vložena na 12 hod. tamponáda.

Komplikace: 0, krevní ztráta cca 400 ml, moč čirá foleyem 800 ml.

Histologie A/ děloha

Operační nález: sonda 14 cm, výrazně elongovaný čípek, děložní tělo norm. velikosti, adnexa, serosy střeva a CD v dosahu zraku bpn.

Sakrální oblast kůže po operaci bez poruchy integrity. Délka výkonu: 2,30 hod. Pacientka ad JIP chirurgických oborů (8, Dokumentace pacientky L. P.)

1.10 Průběh hospitalizace:

Pacientka paní L. P. byla přijata na standardní oddělení gynekologické kliniky k plánovanému výkonu vaginální hysterektomie a plastiky poševní z důvodu úplného prolapsu dělohy. Celková doba hospitalizace paní L. P. na gynekologicko - porodnické klinice trvala od 3. října do 13. října 2012, tj. 10 dní.

1. den hospitalizace

Při příjmu (3. 10. 2012) neuvádí bolest, dyskomfort cítí jen v oblasti intimních partií. Z chirurgického zákroku, který ji čeká, má trochu strach, působí však vyrovnaně. S paní L. P. jsem sepsala ošetřovatelskou anamnézu a seznámila ji s chodem na oddělení. Paní L. P. byla zcela soběstačná, orientovaná časem i prostorem, spolupracovala. Byla seznámena s dietním opatřením a předoperační přípravou. Byla plně informována o svém zdravotním stavu a důvodu hospitalizace, podepsala informovaný souhlas.

Pacientka byla po prodělaném zánětu močových cest, požádala jsem ji, aby se vymočila do sterilní zkumavky. Moč byla odeslána na kultivační vyšetření. Moč měla slámově žlutou barvu. V moči nebyl žádný mikrobiální nález.

V den příjmu bylo u pacientky provedeno konziliární vyšetření internistou i anesteziologem ke zhodnocení, zda je pacientka schopna operačního výkonu. Anesteziolog stanovil závěr, že pacientka je schopna výkonu v celkové anestezii s rizikem ASA II.

Na noc byla pacientce dle ordinace lékaře podána premedikace : Neurol 0,5 mg 1 tbl. per os. Pacientka celou noc klidně spala.

2. den hospitalizace – 0. operační den

V časných ranních hodinách bylo pacientce sestrou na oddělení podáno očistné klyzma přípravkem Yal, pacientka se do 15ti minut vyprázdnila. Poté se vysprechovala a já jsem ještě pomohla paní s oholením vnitřních rodidel.

Před odjezdem na sál si paní L. P. natáhla kompresivní punčochy jako prevence TEN a dle ordinace lékaře jí byla podána premedikace: Neurol 0,5 mg

tbl. per os. PŽK byl zaveden do LHK, do oblasti loketní jamky, intravenózně byla podána antibiotika Zinacef 750 mg.

Operace proběhla bez komplikací, trvala cca 2, 30 hod. Poté byla pacientka přemístěna na jednotku intenzivní péče. Pacientka byla připojena na monitor, byly sledovány její fyziologické funkce (TK, P, DF), pulzní oxymetrií byla sledována saturace hemoglobinu kyslíkem (SaO₂). Při převzetí paní L. P. na JIP byla saturace 92 %, tlak 110/70 mm Hg, pulz 88', tělesná teplota 36,2 C°.

Lékařem byla naordinována kyslíková terapie kyslíkovými brýlemi. Byl podáván zvlhčený kyslík v množství 4 l/min. , do stabilizace. Pacientka byla při vědomí, bylo jí vysvětleno, proč jsme jí dali kyslíkové brýle. Polohovali jsme lůžko pacientky pod hlavou, aby neležela vodorovně. Byla informována o signalizačním zařízení, kterým si ihned může přivolat pomoc v případě potřeby. K lůžku jsme pacientce také připravili emitní misku pro případ zvracení. Dle ordinace lékaře byla pacientce intravenózně infuzí aplikována mukolytika ACC.

Pacientka byla přemístěna ze sálu na JIP 4. 12. 2012 v 11. 15 hodin. Ze sálu pacientce kapal infuzí na bolest Novalgin, 1 ampule. Po odeznění celkové anestézie se akutní bolest vystupňovala přibližně do hodiny po operačním výkonu. V 11.50 hod. si pacientka začala stěžovat na bolest. Dle indikace lékaře bylo pacientce ve 12.00 hodin lineárním dávkovačem aplikováno 20 mg Morfia intravenózně, na dobu 8 hodin. Ve 20.00 hodin bylo pacientce opět lineárním dávkovačem aplikováno 20 mg Morfia. Pacientka hodnotila bolest stupněm 1-2 (dle dokumentace).

Po příjezdu ze sálu měla paní již zavedenou kanylu, dle ordinace lékaře byly podávány infuzní roztoky v tomto pořadí:

1. Plasmalyte 1000 ml i. v. (kapal již ze sálu)
2. 5% Glukóza 500 ml i. v.
3. Plasmalyte 1000 ml i. v.
4. 5% Glukóza 500 ml i. v.

Od 14. 00 hodin směla paní popíjet po malých doušcích čaj. Kontrolovala jsem výdej tekutin, diuréza byla dostatečná, PMK odváděl čirou moč .Celkový

příjem tekutin, včetně podávaných infuzí činil 5340 ml/20 hodin. Celkový výdej tekutin (moči) byl 2250 ml/20 hodin.

Pacientka nejevila známky TEN, krvácení z rodidel bylo slabé, do pochvy byla na sále pacientce vložena tamponáda na 24 hodin. V pooperační péči byl pacientce na JIP ve 14. 00 hod. aplikován, dle ordinace lékaře, Fraxiparine 0,3 ml s.c.

Fyziologické funkce byly sledovány každou ½ hodinu po dobu 2 hodin do stabilizace nemocné. Akutní pooperační období proběhlo bez komplikací.

V podvečer jsem paní L. P. pomohla s hygienou, která proběhla na lůžku. S fyzioterapeutickou sestrou prováděla pacientka dechová cvičení, hýbala dolními končetinami- flexe a extenze chodidel. Pacientka měla ordinovaný klid na lůžku. Test Barthelové vyhodnocen na 45 bodů jako závislost středního stupně.

3. den hospitalizace – 1. den po operaci (dle dokumentace pacientky)

V 6. 00 byla vyndána z pochvy tamponáda a byly vyměněny vložky, lehce prokrvácená. V 6.30 byly pacientce provedeny odběry : V – KO, IONT, glykémie, urea, kreatinin, osmol. Bolesti ani nauzea nejsou, spala celou noc, plíce dýchají v celém rozsahu. Břicho – počínající peristaltika, diuréza dostatečná.

V 9. 15 byla pacientka převzata z JIP na standardní oddělení.

TK 136/84 mm Hg, P 77'/min., TT 36,7°C ráno.

TK 118/65 mm Hg, P 70'/min., TT 36,7°C večer.

Foley odvádí čirou moč (50 ml), kape Plasmalyte 1000ml

Pacientka neudává bolesti, špiní.

Ve 13.00 s dopomocí vstala a šla na toaletu, hygiena provedena ve sprše, mobilizace pacientky. Vylito 1500 ml moče, krvácí slabě, bolesti neudává.

Ve 14.40 byl odstraněn PŽK.

V 18.00 bolesti neudává, špiní, větry +.

23.30 vylito 1000 ml čiré moče, krvácí slabě, bolesti neudává, na stolici nebyla.

Dieta: OSB, pitný režim.

Ordinace: Coralip 0-0-1, Novalgin1 amp. i.m. á 8 hod. 1 – 1 - 1, Fraxiparine 0,3 ml s. c. á 24 hod. aplikován ve 13.00 , Zinacef 750 mg i. m. aplikován v 8. 15, Sumetrolin tbl, 2 – 0 – 2 podán v 8.00 hod. a ve 20. 00 hod.

Pacientka se cítí dobře, udává mírnou bolest, bez potíží, přes den pospává.

4. den hospitalizace – 2. pooperační den

TK 123/68, puls 94', TT 36,8

Paní L.P. bolesti udává jen mírné, špiní, foley odvádí čistou moč, na stolicí nebyla.

Dieta: 3 + pitný režim

Ordinace : Coralip 0-0-1, Novalgin1 amp. i.m. á 8 hod. 1-1-1, Fraxiparine 0,3 ml s. c. á 24 hod. aplikován ve 13.00, Sorbifer (po stolicí), Glycerinové čípky 0- 1- 0 per rectum, Diazepam 5mg p. o. 0-0-1

Pacientka si stěžovala na nespavost v noci, pacientce byl lékařem naordinován Diazepam. Jinak paní L. P. neudávala žádné potíže, kromě toho, že ještě nebyla na stolicí. Péči o sebe již zvládala bez obtíží.

5. den hospitalizace – 3. pooperační den

Pacientka se cítí dobře, byla ji vyndána močová cévka, poté se paní vymočila bez problémů. Byl odebrán vzorek moči do sterilní zkumavky. Moč byla odeslána na kultivační vyšetření, výsledek: žádný mikrob v 1 ml moče. Byla na stolicí.

Ordinace: Coralip 0-0-1, Novalgin1 amp. i.m. á 8 hod. 1-1-1, Fraxiparine 0,3 ml s. c. á 24 hod. aplikován ve 13.00, Sorbifer (po stolicí), Glycerinové čípky 0- 1- 0 per rectum, Diazepam 5mg p. o. 0-0-1

Pacientka je bez bolesti, léky na bolest již nevyžaduje.

6. den hospitalizace – 4. pooperační den

Pacientka je bez bolesti, cítí se dobře, mikce+stolice. V 6. 30 byl proveden krevní odběr.

Hematologické vyšetření – krevní obraz ze dne 8. 10. 2012

Sérum: sodík 143 mmol/l, draslík 4,3 mmol/l, chloridy 106 mmol/l

KO: leukocyty $7,1 \times 10^9/l$, erytrocyty $3,26 \times 10^{12}/l$, hemoglobin 97 g/l, hematokrit 0,291 %, trombocyty $410 \times 10^9/l$

Ordinace: Coralip 0-0-1, Fraxiparine 0,3 ml s. c. á 24 hod. toho dne naposledy aplikován ve 13.00, Sorbifer (po stolicí), Glycerinové čípky 0- 1- 0 per rectum, Diazepam 5 mg p. o. 0-0-1

7. den hospitalizace – 5. pooperační den

Pacientka je bez obtíží.

UZ – MR: pacientce bylo změřeno močové reziduum: 7,6 cm³.

Nadále zůstává stejná ordinace, Fraxiparine byl již vysazen.

8. – 10. den hospitalizace (6. – 8. pooperační den)

Denně byl kontrolně měřen krevní tlak a puls, taktéž tělesná teplota. Během hospitalizace nedošlo k žádným vážným výkyvům. Pacientka je bez bolesti, bez obtíží.

13. 10. 2014 byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování

Propuštěcí zpráva:

Pacientka je afebrilní, bez obtíží, nekrvácí, DK jsou bez známek TEN. Pochva končí slepě, dehisc. + infiltrace 0, CD v dosahu prstů, malá pánev bez patologie.

Trvalá medikace: Sorbifer dur 1-0-0 per os, Ovestin creme 0-0-0-1 loc.

Pacientka byla poučena o klidovém režimu a hygieně. Edukaci provedla sestra z oddělení. (8)

2. Ošetrovateľská časť

2.1 Ošetrovateľský úvod

K zhodnocení zdravotního stavu vybrané pacientky paní L. P. jsem zvolila model Majory Gordonové. Je to Model „Funkčního typu zdraví, který vznikl v 80. letech v USA na základě výzkumu v ošetrovatelství, a který splňuje kriteria standardního modelu. *„Standardní (systematické) ošetrovateľské zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta musí obsahovat takovou strukturu modelu, která je sestavena na základě velmi důkladného promyšlení všech souvislostí a důsledků. Navržená standardní struktura modelu musí být průběžně vyhodnocována všude, kde se používá“.* (21, s. 83)

Model M. Gordonové je v ošetrovateľské praxi často používán a díky svému celostnímu pohledu na člověka vede k realizaci jednotlivých fází ošetrovateľského procesu. Dle Gordonové je pacient/klient *„holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví“.* (22, s. 100)

Majory Gordonová zvolila pro svůj model strukturu tvořenou z dvanácti oblastí, funkčních vzorců zdraví, kde každý vzorec představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

„Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními (spirituálními) faktory. Jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí.“ (21, s.85)

„Dysfunkční nebo potencionálně dysfunkční vzorce zdraví nesplňují očekávané normy a jsou definovány jako zdravotní problém. Dysfunkční vzorce zdraví vytváří terapeutický zájem ze strany sester, pacienta, rodiny, přátel či komunity. Gordnová rozlišuje dva typy zdravotních problémů: aktuální zdravotní problém popisující dysfunkční vzorce zdraví a vysoce rizikový zdravotní problém popisující vysoké riziko pro dysfunkční vzorce zdraví. Stanovení dysfunkčního vzorce zdraví je podkladem pro stanovení aktuální ošetrovateľské diagnózy. Dle Gordnové je podpora zdraví a preventivní intervence důležitou součástí

klinického ošetrovatelství. Potencionálně dysfunkční vzorce zdraví představují objevení rizikového chování ve vztahu k vlastnímu zdraví. Pacient je ohrožen rozvojem dysfunkčního vzorce zdraví.“ (24, s. 184-185)

2.2 Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči.“ (23, s.7) **Jak již bylo výše zmíněno, člověk je považován za celek, který je ovšem ovlivňován celou řadou faktorů, jako jsou např. prostředí, ve kterém žije, jeho intelektové schopnosti a sebepojetí, způsob života. Každý člověk je individualita a neopakovatelná bytost, která má své potřeby, jiný způsob prožívání a myšlení. Cílem ošetrovatelského procesu je tedy kvalitní ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojení individuálních potřeb pacienta/klienta. V současné době se ošetrovatelský proces už běžně uplatňuje v klinické praxi.**

„Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se nejprve legitimovalo v USA v roce 1973, kdy Americká Asociace Sester (ANA) jej uveřejnila jako „Standard ošetrovatelské praxe“, který má pět fází:

1. Zhodnocení
2. Diagnostiku
3. Plánování
4. Realizaci
5. Vyhodnocení

Sestra nejdříve, pokud je to možné, ve spolupráci s klientem zhodnotí jeho celkový zdravotní stav (sestaví anamnézu), určí aktuální a potenciální problémy (ošetrovatelské diagnózy-OD), sestaví písemný individuální plán ošetrovatelské péče(v něm seřadí OD podle priorit, ke každé OD stanoví očekávané výsledky a ošetrovatelské zásahy, pak péči realizuje(vše zaznamenává do formuláře: Vývoj stavu pacienta/pozorování a její účinnost po určité době vyhodnotí (srovnáním skutečného stavu pacienta a očekávaných výsledků v plánu péče). Pokud pacient

není schopen samostatně rozhodovat a spolupracovat, sestra může požádat o spolupráci jeho příbuzné nebo přátelé.

Aplikace metody ošetrovatelského procesu vyžaduje, aby sestra získala odpovídající vzdělání a dovednosti např. v oblasti interpersonální (komunikace, naslouchání, projev zájmu a empatie, získání důvěry apod.), technické (zručnost při výkonech) a intelektové (řešení problémů, kritické myšlení a schopnost vytváření adekvátních úsudků) atd.“ (21, s.119)

V průběhu mých odborných praxí na různých nemocničních odděleních jsem zaznamenala realizaci ošetrovatelského procesu a jeho pozitiva. V některých nemocnicích se postupně zavádí elektronický způsob ošetrovatelské dokumentace, sestry je třeba vyškolit. Vedení dokumentace je jistě velmi důležité, ale přesto jsem nemohla přehlédnout velký časový úsek, který sestry dokumentací tráví.

„Dokumentace by neměla být zbytečně obsáhlá. Formuláře, které se používají k zaznamenávání ošetrovatelského procesu, by neměly znamenat pro sestry překážku v práci, neměly by z dokumentace udělat činnost izolovanou od samotné péče o pacienta nebo jen další rutinní záležitost. To, co má pomáhat sestram zlepšit péči o pacienta, musí být připraveno a použito takovým způsobem, aby byla výsledkem nejen vyšší spokojenost pacienta, ale i sestry.“ (25, s. 56)

2.3 Ošetrovatelská anamnéza dle Majory Gordonové

Zhodnocení pacientky paní L. P. jsem uskutečnila, na základě jejího souhlasu, v den přijetí 3. října 2012 na standardním oddělení gynekologie, z rozhovoru, sběrem anamnézy, pozorováním a možností nahlížet do její zdravotní dokumentace. Další zhodnocení pacientky jsem realizovala bezprostředně před operací, dne 4. října 2012, na standardním oddělení gynekologie a po operaci, dne 4. října 2012, na jednotce intenzivní péče.

1. Vnímání zdravotního stavu – aktivity k udržení zdraví

Pacientka paní L. P., 66 let, přišla do nemocnice dne 3. 10. 2012 k plánované operaci vaginální hysterektomie. Svůj zdravotní stav popisuje slovy: „Cítím se bídně.“ Je ráda, že se operací vyřeší její zdravotní problémy, strach

z operačního zákroku nemá. Měla jen obavy, že k výkonu nebude moci nastoupit z důvodu zánětu močových cest, který ji postihl krátce před nástupem do nemocnice, měla horečky, byla celkově velmi unavená, dva dny před příjmem dobrala antibiotika.

Ke svému ošetřujícímu gynekologovi dochází pravidelně jednou za rok na preventivní prohlídku. Nikdy vážněji nestonala, jen v 98. roce byla pro silné menstruační krvácení hospitalizována v nemocnici, kde jí byla zjištěna anémie a byla nutná transfuze krve. Nejprve jí prý bylo lékařem doporučeno odstranění dělohy, ale po ultrazvukovém vyšetření operaci vyloučil, tenkrát ještě neměla výhřez dělohy. Nějakou dobu se léčila na anémii. Tyto zdravotní problémy přisuzovala těžkému životnímu období, kterým procházela: „V práci byl shon, muž mi onemocněl rakovinou, byl to nápor.“ V té těžké době měla problémy i s vysokým tlakem, na který též užívala léky. Nyní užívá jen léky na zvýšený cholesterol.

Do roku 2004 pracovala jako konstruktérka elektrických schémat, nyní je v důchodu a přidělává si těžkou práci v kuchyni, kde myje nádobí a pomáhá i s přípravou pokrmů, hlavně příloh.

V roce 2011 začala pociťovat nepříjemný pokles dělohy, cítila to jako tlak v pochvě, občas měla problémy s močením, ve smyslu retence. „V leže ten tlak vždy ustoupil.“ Nikdy necvičila cviky na posilování pánevního dna, v rádiu slyšela, že to stejně moc nepomáhá.

Nyní jí už gynekologické obtíže doslova znepříjemňují život, má problémy s vyprazdňováním moči, špatně se jí sedí, cítí tlaky v pochvě, došlo k úplnému prolapsu dělohy. Operace je nyní nezbytná, pacientka je prý dobře informována ošetřující lékařkou o zákroku, který ji čeká, je však nervózní z toho, že tu bude muset být hospitalizována deset dní. „To je dlouhá doba.“

Hodnotu zdraví si paní L. P. plně uvědomuje, je vdova, v roce 2006 přišla o manžela i o 38letou dceru, oba měli rakovinu. Prošla velmi těžkým obdobím. Ona sama nikdy nekouřila a nepila. Před domkem má zahradu, na které tráví většinu času. Pěstuje zeleninu, ovoce, bylinky. Protože s ní zůstaly v domku bydlet její vnučka s vnukem, zůstal jí smysl života. Mezi pohybové aktivity

pacientky se jistě dají zařadit pravidelné procházky se psy, paní má totiž pejsky tři.

Po operačním výkonu měla pacientka bolest v oblasti podbřišku a třísel, kterou se však podařilo pomocí lékařem naordinovaných analgetik minimalizovat.

V dalších dnech po operaci hodnotila pacientka svůj zdravotní stav jako dobrý, na bolesti si nijak nestěžovala, byla ráda, že má vše zdárně za sebou, bylo vidět, že se jí ulevilo.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka před nástupem do nemocnice zhubla 5 kg z důvodu zánětu močových cest, neměla chuť k jídlu, měla teploty nad 38 stupňů Celsia, byla malátná. Také se prý hodně potila. Dva dny před příjmem dobrala antibiotika. Její nynější váha je 57 kg při výšce 160 cm. BMI činilo 22,3 – normální váha. Teplota při příjmu (3. 10 2012) byla 36,7 °C.

Dle slov pacientky: „Moc se ve stravě nehlídám, jím vše“. Paní se zmiňuje o tom, že ráda vaří a peče, před prodělaným zánětem neměla se stravováním potíže. Ví, že by měla omezit živočišné tuky kvůli zvýšenému cholesterolu, na který již druhým rokem užívá Coralip (lék určený k léčbě hypercholesterolemie), ale prý se nepřejídá a zároveň jí hodně zeleniny a ovoce.

Snaží se dodržovat pitný režim, pije hlavně ovocné a bylinkové čaje, 2krát denně si dá malou kávu. Celkový příjem tekutin za den je podle ní asi 2 litry. Na nadměrné pocení si paní nestěžuje.

Pokožka paní L. P. je hydratovaná, kožní turgor je normální, sliznice jsou vlhké. Vlasy má paní husté a pevné. Pacientka je edukována o tom, že od 12 hodin již nebude přijímat žádnou pevnou stravu a od půlnoci již nebude nic pít. Vodní ztráta bude během operace a určitou dobu po operačním výkonu hrazena infuzní terapií.

Paní měla vlastní chrup, postěžovala si na začínající paradentózu, která se projevuje krvácivostí z dásní, když si třeba čistí zuby.

Po úspěšné operaci (4. 10. 2012) pacientka ještě 2 hodiny nepila, poté dostala k popíjení čaj a k večeři OSB (čistý bujón). 1. a 2. den po operaci měla kašovitou stravu. 3. den již přijímala základní racionální stravu.

3. Vylučování

Problémy s vylučováním moče měla paní L. P. již delší dobu, docházelo u ní k problémům s vylučováním moče, z důvodu prolapsu dělohy. Musela chodit častěji na toaletu, protože vždy vyprázdnila těžce jen malou část obsahu močového měchýře. Z těchto důvodů se u ní rozvinul i zánět močových cest. Pacientka od lékařů očekává pomoc a vyřešení zdravotního problému.

Pacientce byl dne 4. 10. 2012 zaveden na sále permanentní močový katétr, který odváděl čistou moč. 7. 10. 2012, 3. pooperační den byl PMK zrušen. Pacientka poté sama bez problémů vyloučila moč.

S vyprazdňováním stolice neměla pacientka problémy, chodila pravidelně 1-2krát denně. V den operace, 4. 10. 2012 v 06.30 bylo pacientce podáno očistné klyzma. Po 15 minutách se pacientka vyprázdnila.

V pooperačním období pacientka uvedla, že plyny odcházejí, měla však problémy s vyprázdněním se. Lékař paní L. P. naordinoval 6. 10. 2012 glycerinové čípky, které pacientce pomohly při vyprazdňování stolice.

4. Aktivita, cvičení

Pacientka se nevěnuje a nikdy nevěnovala žádnému sportu, ráda chodí se svou přítelkyní a s pejsky na dlouhé procházky po okolí a do lesa, který je nedaleko od jejího domu a hodně se též věnuje práci na zahradě a v domácnosti. Je již v důchodu, přesto si přivydělává těžkou prací v kuchyni v jedné restauraci. Trápí ji, že se této práci teď bude muset vzdát. Lékařka ji sdělila, že minimálně ½ roku po operaci nesmí mít žádnou fyzickou zátěž.

Ve svém volném čase se paní L. P. věnuje četbě knih, luštění křížovek a ručním pracem. Občas si vyrazí s kamarádkou za kulturou.

V den příjmu (3. 10. 2012) bylo bodové ohodnocení Barthel testu 100, paní byla zcela soběstačná. Z důvodu prodělaného zánětlivého onemocnění se však necítí fit a je trochu ve stresu.

Bezprostředně po operaci, na JIP, byla pacientka v testu základní soběstačnosti ohodnocena 45 body, což je závislost středního stupně. Z důvodu bolesti a nutného klidového režimu nemohla pacientka vykonávat určité činnosti a bylo jí třeba dopomoci při hygieně, oblékání a vertikalizaci.

První den po operaci se bodové hodnocení Barthel testu opět zvýšilo na 90, v souvislosti při lehké dopomoci pacientce při chůzi. Paní L. P. byla ve své soběstačnosti lehce závislá. Při chůzi a koordinaci těla neměla potíže. Prováděla rehabilitační cvičení pod dohledem fyzioterapeutky.

5. Spánek, odpočinek

Pacientka se obává, že bude mít problémy se spánkem. „Nejsem zvyklá spát v cizím prostředí. Nejsem zvyklá spát dlouho a tady nemohu jít ven.“ Paní L. P. stačí 5-6 hodin spánku, v noci se probudí 1-2krát. „Někdy k ránu si vezmu knihu nebo poslouchám rádio.“

Pacientka se na jednotce intenzivní péče probudila a již nemohla spát. Bylo jí nepříjemné jen tak ležet a dívat se do stropu. Těšila se, až bude moci vstát z lůžka.

Na standardním oddělení v noci nemohla spát. Lékař pacientce naordinoval Diazepam.

6. Vnímání, poznávání

Paní L. P. používá brýle na blízko (1,5 dioptrie), poslední kontrolu u očního lékaře uvedla červen 2011. Nepoužívá jiné kompenzační pomůcky. Sluch má v pořádku. Je orientována časem, místem i osobou. Nemá problémy s vyjadřováním se, řeč je jasná a přiměřená, má bohatou slovní zásobu. V životě prý má občas problémy s rozhodováním se. Trochu si také stěžuje na paměť: „Zapomínám, jako každý jiný, seznam na nákup si musím napsat.“ Myslela, že když je teď v důchodu, že se naučí anglicky, ale nemá na to čas ani v důchodu.

Při příjmu (3. 10. 2012) neuvádí bolest, dyskomfort cítí jen v oblasti intimních partií. Z chirurgického zákroku, který ji čeká, má trochu strach, působí však vyrovnaně.

Po operaci pacientka subjektivně pociťuje bolesti v podbříšku a v tříslech, subjektivně pociťuje chladno. Po operačním zákroku byla pacientce vložena do pochvy tamponáda. Pacientka v klidu ležela na lůžku.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Dle modelu Gordonové jsem pacientce položila několik otázek: Jak se cítíte? Jak zvládáte situace, spoléháte na sebe? Daří se Vám dosahovat stanovených cílů? Jste se sebou spokojena? Jak prožíváte současnou situaci? Existuje něco, co vás zneklidňuje? Nudí? Vyvolává úzkost, špatnou náladu? Jak se těmto pocitům bráníte, co vám přináší úlevu?

Byla jsem ráda, že jsme s pacientkou mohly být při rozhovoru spolu o samotě, přestože paní o sobě řekla, že je introvertka a nemá ve zvyku se někomu svěřovat, v nemocničním prostředí se svěřila se svými problémy a mluvila i o svých pocitech. To byl pro mě velký projev důvěry.

Paní L. P. znovu opakuje, že se necítí moc dobře z důvodu problémů s močením a nepříjemným pocitem v souvislosti s klesáním dělohy. Po úmrtí manžela a dcery je zvyklá spoléhat jen sama na sebe a i tak je to s rozhodováním, které ji však občas činí potíže. „Dávám si cíle, na které dosáhnu.“ Sama se sebou je celkem spokojena, má se ráda. Nemá ráda nic neděláním a nudu. Starosti jí občas dělají vnoučata, přeje si, aby se měly dobře, byly zdravé a našly si dobrou práci. „Osamělá se ani necítím.“ Ráda se podívá na něco oddychového v televizi nebo si čte. Práci zahání veškeré smutky.

Po operaci je paní L. P. v dobré náladě, je ráda, že má operační výkon za sebou. Je ráda, že to zvládla.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Paní L. P. v roce 2006 ovdověla, s manželem byli spolu téměř čtyřicet let. Muž měl rakovinu plic. Další rána osudu bylo i úmrtí dcery, která měla nádor na mozku. V jednu chvíli pečovala společně se svým zetěm o svého umírajícího manžela i dceru, o oba se starali doma. Maminka paní L. P. ještě žije a vidí se spolu denně, neboť bydlí v domečku vedle ní. Paní má ještě dospělého syna s rodinou, který bydlí jinde a nevidají se moc často. V současné době má u sebe obě téměř dospělé vnoučata, děti po dceři. Zeť si našel novou paní, představují teď bydlení, ale jsou spolu v neustálém kontaktu, zeť jí pomáhá, dnes ji přivezl do nemocnice. Co však má paní L. P. za zdravotní problém svým blízkým neřekla, řekla jim jen, že musí na operaci na gynekologii.

Za paní L. P. každý den po operaci přijel nějaký člen rodiny, bylo na ní vidět, že jí to těší.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka paní L. P., věk 66 let, je již v postmenopauze (PM 2002), z manželství měla dvě děti, rodila spontánně, dcera jí v roce 2006 zemřela na rakovinu. Paní je vdova a sexuálním životem již nežije. Psychické problémy s odstraněním dělohy, jakožto reprodukčního orgánu ženy, nemá.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Ve svém životě si paní prošla již řadou těžkých zkoušek. Sama sebe vnímá jako klidnou a rozvážnou bytost, nyní se ale cítí nervózní a v poslední době bývá podrážděná kvůli svým zdravotním obtížím. Někdy se jí starosti běžného života projeví na kvalitě spánku. Při nespavosti nebo vnitřním napětí si občas vezme Neurol. Svůj současný stav hodnotí slovy: „Jsem unavená.“ Z operace má trochu strach, očekává od zákroku vyřešení svých zdravotních problémů.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka říká: „ Svým způsobem jsem věřící, ale kostel k životu nepotřebuji. Vážím si života, dovedu se radovat z maličkostí. Smysl života mi dávají děti, rodina, stromy, květiny, zvířata. Mám ráda život, slunce i déšť, každé roční období. Mám ráda smysluplnou práci, dobré jídlo, dobrou knihu, pěknou muziku.“ Návštěvu kaplana paní L. P. nevyžadovala. Do budoucnosti paní hleděla pozitivně.

2.4 Přehled ošetrovatelských diagnóz

Ve své práci jsem na základě rozhovoru s pacientkou, jejím pozorováním a výše uvedeným údajům určila ošetrovatelské diagnózy analýzou získaných informací. Ve spolupráci s pacientkou byl vytvořen krátkodobý plán péče ke dni operace (4. 10. 2012), který byl pro pacientku dnem nejdůležitějším a z pohledu ošetrovatelské péče dnem nejnáročnějším.

Součástí ošetrovatelského plánu jsou ošetrovatelské diagnózy sestavené dle priorit, cíle (očekávané výsledky), výběr ošetrovatelských intervencí a hodnocení. Krátkodobý plán péče byl vytvořen na 24 hodin, 4. 10. 2012 od 7.00 hodin do 5. 10. 2012 7.00 hodin. Vzhledem k tomu, že jsem s pacientkou hovořila v den příjmu na oddělení (3. 10. 2012) a stanovila ošetrovatelské diagnózy k operačnímu dni, rozlišuji zde i ošetrovatelské diagnózy před operací a po operaci.

Dále byly ošetrovatelské diagnózy rozděleny na aktuální (momentálně existující a projevující se) a potencionální (jejichž riziko vzniku je možné).

Ošetrovatelské diagnózy před operací (4. 10. 2012)

Strach:

- z důvodu operace
- odloučení od rodiny
- z neznámého prostředí
- z následků operace pro tělesnou výkonnost

Ošetrovatelské diagnózy po operaci (4. 10. 2012)

Aktuální:

- Porušená výměna plynů z důvodu anestézie.
- Akutní bolest z důvodu operačního výkonu.
- Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování a pohybové aktivity z důvodu operace a nutného klidového režimu.

Potencionální:**Riziko vzniku pooperačních komplikací:**

- Potencionální riziko vzniku tromboembolické nemoci (tromboflebitida, pánevní flebotrombóza, plicní embolie) z důvodu operačního výkonu.
- Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu: zavedení močového katétru, zavedeného periferního žilního katétru, operační rány.
- Riziko narušené bilance tekutin v souvislosti s operačním zákrokem, anestézií a analgezií.
- Riziko pádu a poranění v souvislosti provedení operačního výkonu v celkové anestézii a podávání silných analgetik na bolest (Morfin).

2.5 Krátkodobý plán péče, včetně cílů, realizace a hodnocení diagnóz**Před operací:****• Strach:**

- z důvodu plánovaného výkonu
- z odloučení od rodiny
- z neznámého prostředí
- z následků operace pro tělesnou výkonnost

Cíl:

- Pacientka bude mít dostatek informací o režimu oddělení.
- Pacientka bude plně informována o výkonech a ošetřovatelském plánu.
- Pacientka neudává strach, je klidná.
- Pacientka bude chápat nutnost klidového režimu po operaci.

Plán:

- Promluv s nemocnou o jejích obavách.
- Seznam pacientku s novým prostředím.
- Informuj nemocnou o výkonech v léčebném plánu, zajisti konzultaci s lékařem.

- Před zákrokem podej premedikaci dle ordinace lékaře: Neurol tbl. 0,5 mg per os, která vede ke snížení úzkosti.
- Vytvoř podmínky pro častý kontakt s rodinou.
- Hovoř klidně, beze spěchu.
- Poskytni informace dle potřeby pacientky.

Realizace:

S pacientkou jsme hovořily o plánovaném desetidenním pobytu, který je na tomto oddělení po zákroku, který ji čeká, takto běžný. Pacientka není zvyklá pobývat mimo domov, kde má rodinu a domácí zvířata. Strachuje se, že bez ní to doma nezvládnou. Také není zvyklá nic nedělat, je aktivní, před spaním se jde vždy projít se psy, nebo pracuje na zahradě. Vysvětlila jsem paní L. P., že operace, která ji čeká, vyžaduje delší dobu rekonvalescence a že by se měla šetřit. Paní jsem dala najevo, že chápu její obavy, ale že si myslím, že to doma jistě zvládnou a budou rádi, když ona bude v pořádku a bez starostí. Pacientka byla seznámena s chodem na oddělení, pokoj, ve kterém byla ubytována, se jí líbil. Ošetřující lékařka poskytla nemocné další potřebné informace ohledně plánovaného výkonu. Pacientka byla seznámena s předoperační přípravou, též průběhem operace a následné pooperační péči. Paní L. P. pozorně naslouchala. Poté udávala zklidnění a zmírnění strachu.

V rámci předoperační přípravy byla lékařem na noc (3. 10. 2012) naordinována sedativa (Neurol 0,5 mg per os). Ráno, v den výkonu (4. 10. 2012), v 6. 30 hod., byla dle ordinace lékaře podána sedativa (Neurol 0, 5 mg per os).

Hodnocení:

Pacientka se vnitřně uklidnila, o svém strachu již nemluvila, věřila, že operace dobře dopadne. Pacientku jsem doprovázela až na operační sál a před samotným výkonem a uvedením do anestézie jí mohla být psychickou oporou.

Po operaci:

- **Výměna plynů porušena z důvodu operace a anestézie.**
(4. 10. 2012)

Cíl:

Pacientka má dýchání v mezích normy (16 – 20 vdechů/min).

Pacientka má průchodné cesty.

Plán:

- Posuzuj stav okysličení pomocí pulzní oxymetrie.
- Podej zvlhčený O₂ dle ordinace lékaře.
- Sleduj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT), vědomí.
- Zvol vhodnou polohu pacientky.
- Prováděj dechová cvičení, nácvik odkašlávání.
- Podávej léky, dle ordinace lékaře.
- Poskytni pacientce psychickou podporu, klidné prostředí.
- Zaznamenej vše do dokumentace.

Realizace:

Pacientka byla připojena na monitor, byly sledovány její fyziologické funkce (TK, P, DF), pulzní oxymetrií byla sledována saturace hemoglobinu kyslíkem (SaO₂). Při převzetí paní L. P. na JIP byla saturace 92 %, tlak 110/70 mm Hg, pulz 88', tělesná teplota 36,2 C°.

Lékařem byla naordinována kyslíková terapie kyslíkovými brýlemi. Byl podáván zvlhčený kyslík v množství 4 l/min. , do stabilizace. Pacientka byla při vědomí, bylo jí vysvětleno, proč jsme jí dali kyslíkové brýle. Polohovali jsme lůžko pacientky pod hlavou, aby neležela vodorovně. Byla informována o signalizačním zařízení, kterým si ihned může přivolat pomoc v případě potřeby. K lůžku jsme pacientce také připravili emitní misku pro případ zvracení. Dle ordinace lékaře byla pacientce intravenózně infuzí aplikována mukolytika ACC.

Hodnocení:

Pacientka se cítila subjektivně dobře, neměla dušnost ani cyanózu. Spolupracovala, byla v klidném prostředí, na JIP byly jenom tři pacientky. Fyziologické funkce byly v normě, po ukončení kyslíkové terapie měla pacientka

saturaci 99 %. V době podávání tekutin jsem lůžko s pacientkou polohovala tak, aby byla v mírném polosedu. Na lůžku, pod dohledem fyzioterapeutky, krátce prováděla dechová cvičení, dobře odkašlávala. Cíl byl splněn. Pacientce se dýchalo dobře. Nauzea ani zvracení se nevyskytlo.

- **Akutní bolest z důvodu operačního výkonu (4. 10. 2012)**

Cíl:

Pacientka chápe příčinu bolesti, bolest umí zhodnotit pomocí vizuální analogové škály na stupnici 0 -10.

Bolest bude pro pacientku snesitelná. Klesne na stupeň 1-2 do 30 minut po aplikaci analgetik a na stupni 1-2 se udrží po celý den a noc.

Pacientka bude znát úlevové polohy ke zmírnění bolesti.

Plán péče:

- Akceptuj líčení bolesti nemocné.
- Pomocí VAS stupnice, od 0 do 10, nech pacientku určit stupeň její bolesti.
- Zjistí lokalizaci, charakter a vyzařování bolesti.
- Sleduj základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změnu.
- Pouč pacientku o nutnosti verbálního sdělení bolesti.
- Pobízej pacientku k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí.
- Pozoruj neverbální bolesti nemocné.
- Pečuj o pohodlí nemocné.
- Aplikuj analgetika dle indikace lékaře a s pacientkou zhodnoť a zaznamenej jejich účinek.
- Sleduj účinek analgetik, případně možné nežádoucí účinky.
- Umísti signalizaci ve snadno dosažitelné vzdálenosti.
- Proveď záznam do dokumentace.

Realizace:

Pacientka byla přemístěna ze sálu na JIP 4. 12. 2012 v 11. 15 hodin. Ze sálu pacientce kapal infuzí na bolest Novalgin, 1 ampule. Po odeznění celkové anestézie se akutní bolest vystupňovala přibližně do hodiny po operačním výkonu. V 11.50 hod. si pacientka začala stěžovat na bolest, dle analogové stupnice bolesti

ji ohodnotila stupněm 8. Bolest lokalizovala v oblasti podbřišku a tříslech. Pacientce jsem vysvětlila příčinu vzniku bolesti. Dle indikace lékaře bylo pacientce ve 12.00 hodin lineárním dávkovačem aplikováno 20 mg Morfia intravenózně, na dobu 8 hodin.

Při aplikaci analgetik pacientce jsme upravily s kolegyní lůžko a pacientka zaujmula úlevovou polohu na boku s lehce pokrčenými koleny. Pacientka uvedla snížení bolesti do 15 minut, bolesti hodnotila stupněm 2. Ve 20.00 hodin bylo pacientce opět lineárním dávkovačem aplikováno 20 mg Morfia. Pacientka hodnotila bolest stupněm 1-2 (dle dokumentace).

Hodnocení:

Pacientka chápala důvod bolesti, uměla ji zhodnotit. Bolest se podařilo do 15 minut snížit na stupeň 1-2 aplikací Morfia lineárním dávkovačem, poté se nezvyšovala. Pacientka dovedla s pomocí zaujmout úlevovou polohu. Cíl byl splněn.

V dalších dnech byla bolest pro pacientku již snesitelná, stupeň 2-4, dle ordinace lékaře byl pacientce podáván Paralen a Novalgin, dle potřeby a dle ordinace lékaře.

- **Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování a pohybové aktivity z důvodu operace a nutného klidového režimu.**

Cíl:

Pacientka bude provádět péči o sebe sama v rámci svých možností.

Pacientka bude seznámena s možností externí pomoci.

Plán:

- Zjistí stupeň soběstačnosti pacientky.
- Zajisti pacientce hygienickou péči.
- Při úkonech osobní hygieny zajisti nemocné soukromí pomocí zástěn.
- Při hygieně zajisti pomůcky k lůžku nemocné, uprav okolí lůžka.
- Zajisti signalizaci.
- Sleduj potřebu vyprazdňování nemocné.

- Po vyprázdnění zajisti toaletní papír, omytí rukou.
- Zajisti spolupráci s fyzioterapeutem/tkou pro budoucí vstávání z lůžka.
- Dohlédni na bezpečnost pacientky.

Realizace:

Bodové hodnocení Barthelova testu základních všedních činností u paní L. P. bylo v pooperační péči 45 bodů, což je závislost středního stupně.

S pacientkou jsem se dohodla, že jí bude poskytnuta osobní hygiena na lůžku a vyzvala jsem ji ke spolupráci. Pomohla jsem pacientce připravit její hygienické potřeby, které měla uložené ve stolečku u postele. Na pojízdný stolek jsem připravila pacientce kelímek s vodou na vypláchnutí úst, emitní misku na vyplivnutí tekutiny, zubní pastu a kartáček na zuby. Paní ještě nebyla schopná se posadit a tak ústní hygienu prováděla v poloze na boku. Pomáhala jsem paní s přidržováním emitní misky a podáním ručníku k osušení úst. Paní měla vyschlé a trochu popraskané rty, které si ošetřila balzámem na rty.

Pomohla jsem pacientce vysvléknout košili a sundat stahovací punčochy, peřinu jsem odložila na židli, tak, aby nepřekážela při celkové hygieně na lůžku. Poté jsem paní připravila na stolek plastové umyvadlo s teplou vodou a jednorázovou žínku. Paní si umyla obličej, krk, hrudník a ruce, ručníkem se osušila. Sama se učesala.

Po dohodě s pacientkou jsem provedla hygienu dolní části těla. Vyměnila jsem vodu v umyvadle a vzala si novou jednorázovou žínku. Při mytí pacientky jsem používala ochranné rukavice. Velkou pozornost jsem věnovala umytí pacientky v oblasti genitálií a PMK.

Hodnocení:

Byla provedena hygiena pacientky na lůžku s dopomocí. Lůžko jsem po hygieně upravila, natáhla jsem paní opět kompresivní punčochy. Subjektivně se cítila unavená, ale jejími slovy: „Zase jako člověk.“

Na stolici paní nepotřebovala, během dne se za pacientkou zastavila fyzioterapeutka a prováděla s paní krátké dechové cvičení a cévní gymnastiku DK. Cíl byl splněn.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

Riziko vzniku pooperačních komplikací:

- **Potencionální riziko vzniku TEN (tromboembolické nemoci) z důvodu operačního výkonu v oblasti malé pánve.**

Cíl:

Včasné odhalení známek TEN.

Riziko vzniku TEN bude minimalizováno, pacientka nejeví známky TEN.

Plán:

- Informuj pacientku o včasné mobilizaci a nutnosti cvičení dolních končetin na lůžku.
- Zajisti bandáž dolních končetin a kontroluj jejich funkčnost.
- Sleduj příznaky TEN, edukuj pacientku o těchto příznacích.
- Podávej antikoagulancia dle ordinace lékaře.
- Sleduj barvu a teplotu DK.
- Sleduj projevy krvácivosti, jako následek antitrombotické léčby.
- Dbej na pitný režim pacientky.
- Vše zaznamenej do dokumentace.

Realizace:

V předoperačním období byla pacientka poučena o prevenci TEN. Informovala jsem pacientku o nutnosti hlásit jakoukoliv změnu stavu, bolest v oblasti lýtek a chodidel, tlak, otok v oblasti dolních končetin. Bandáž nohou byla zajištěna kompresivními punčochami, které si paní L. P. sama natáhla. V pooperační péči byl pacientce na JIP (dne 4. 10. 2012) ve 14. 00 hod. aplikován, dle ordinace lékaře, Fraxiparine 0,3 ml s.c. (viz Příloha č. 5).

Hodnocení:

Pacientka spolupracovala, chápala nutnost bandáží DK. Po odeznění akutní bolesti si pacientka, v rámci časně mobilizace, na lůžku prováděla doporučené cviky – flexe a extenze DK. Při hygieně byly punčochy sundány. Po hygieně jsem paní L. P. punčochy opět natáhla. Pacientka neměla příznaky TEN, spolupracovala. Cíl byl splněn.

- **Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu: zavedení permanentního močového katétru (PMK), zavedeného žilního katétru (PŽK), operační rány.**

Cíl:

Včasné odhalení známek infekce.

Minimalizace rizika vzniku infekce.

Pacientka ví, proč má zavedený PMK a zná jeho funkci.

Plán:

- Edukuj pacientku.
- Dbej na dostatečnou hygienu genitálií nemocné.
- Zajisti péči o PMK, kontroluj průchodnost.
- PMK bude mít volný spád do sběrného sáčku.
- Sleduj příjem a výdej tekutin, barvu, zápach a příměsi moče.
- Pravidelně kontroluj místo vpichu (min. 1× za službu)
- Dodržuj zásady asepsy.
- Ptej se na bolestivost při intravenózní aplikaci.
- Dbej na řádnou hygienu rukou.
- Sleduj krvácení.
- Sleduj příznaky celkové infekce (horečka, třesavka).
- Informuj nemocnou o příznacích infekce.
- Měř tělesnou teplotu po třech hodinách.
- Dle ordinace lékaře podávej antibiotika.
- Vše zaznamenej do dokumentace.

Realizace:

Během dne jsem sledovala správnou funkčnost PMK, sledovala jsem diurézu a barvu moče. Při hygieně v okolí PMK jsem dodržovala hygienické zásady v péči o genitálie. Pacientka byla poučena o udržování hygieny v okolí PMK a manipulaci s ním. Též byla informována o nutnosti zavedení PMK po nezbytně nutnou dobu.

Místo zavedení PŽK jsem během dne několikrát kontrolovala, dodržovala jsem zásady pečlivé hygienické dezinfekce rukou, při výměně infuzních setů jsem

postupovala asepticky. Pacientky jsem se při aplikaci léků i. v. ptala, zda- li nemá bolestivost či pálení v místě zavedené PŽK.

Infekce v ráně bývá též jednou z časných pooperačních komplikací, proto je nutné sledovat příznaky. U pacientky jsem po třech hodinách měřila TT, která byla v mezích normy. Patientce jsem sdělila, aby jakoukoliv nevolnost hlásila. Při výměně sterilních vložek jsem kontrolovala krvácení z rodidel, vložky byly slabě zakrvácené. Patientce byla podána ATB již v předoperační přípravě (profylaktická medikace), Zinacef 750 mg i. v.

Hodnocení:

Pacientka chápala nutnost zavedení PMK, zavedený PMK ji nečinil potíže. Diuréza byla dostatečná. Příjem tekutin (včetně infuzí) korespondoval s výdejem moče. Cévkou odváděla čistou moč slámové barvy. Moč byla bez příměsí. TT byla v rozmezích normy. Příjem i výdej tekutin byl zaznamenán do dokumentace. Místo v okolí kanyly nejevilo známky zarudnutí, pacientka při aplikaci léků do žíly neměla bolest. PŽK byl zaveden 1. den. U pacientky nedošlo k příznakům infekce ani jiným komplikacím. Cíl byl splněn.

- **Riziko narušené bilance tekutin v souvislosti s operačním zákrokem, anestézií a analgezií.**

Cíl:

Pacientka má stabilizovaný objem tekutin, je dostatečně hydratovaná.

Pacientka má vlhké sliznice, nemá kožní turgor, má dostatečnou diurézu, nemá žízeň.

Plán:

- Pacientka má dostatečné informace o nutnosti diety per os v rámci předoperační přípravy.
- Pacientka je poučena o podání infuzních roztoků v pooperačním období.
- Sleduj příjem tekutin (per os, intravenózní formou) a výdej tekutin (močení, zvracení).
- Sleduj stav kůže a sliznic u pacientky.

Realizace:

Již v předoperační přípravě byla pacientka edukována o nutnosti diety O per os, což tolerovala dobře. Po příjezdu ze sálu měla paní již zavedenou kanylu, dle ordinace lékaře byly podávány infuzní roztoky v tomto pořadí:

Plasmalyte 1000 ml i. v. (kapal již ze sálu)

5% Glukóza 500 ml i. v.

Plasmalyte 1000 ml i. v.

5% Glukóza 500 ml i. v.

Od 14. 00 hodin směla paní popíjet po malých doušcích čaj. Kontrolovala jsem výdej tekutin, diuréza byla dostatečná, PMK odváděl čistou moč .

Celkový příjem tekutin, včetně podávaných infuzí činil 5340 ml/20 hodin.

Celkový výdej tekutin (moči) byl 2250 ml/20 hodin.

Hodnocení:

Nepříjemný pocit sucha v ústech a žízeň u pacientky po příjezdu ze sálu, jsem pomohla částečně vyřešit vytřením pacientčinych úst vatovým tampónkem namočeným do borglycerinu. Pacientce byly podány infuze dle ordinace lékaře, poté již sama popíjela čaj a neperlivé vody. Pacientka nezvracela. Stav pokožky nejevil známky dehydratace, pacientka hodně popíjela, sliznice měla vlhké. Příjem a výdej tekutin byl zaznamenán do dokumentace. Cíl byl splněn.

- **Riziko pádu a poranění v souvislosti provedení operačního výkonu v celkové anestézii a podávání silných analgetik (opiátů) na bolest (Morfin).**

Cíl:

Minimalizace rizika pádu.

Plán:

- Zajisti pomůcky pro bezpečnost pacientky.
- Zajisti k ruce pacientky signalizaci a vysvětlí její používání.
- Sleduj stav vědomí pacientky, úroveň útlumu.
- Pravidelně kontroluj vitální funkce nemocné.
- Pomož pacientce při vertikalizaci.

- Pouč pacientku o nutnosti doprovodu při prvním posazení i vstávání z lůžka.

Realizace:

Po přeložení pacientky z operačního sálu na JIP byla pacientka připojena na monitor a byly sledovány její fyziologické funkce. Z důvodu bezpečnosti byly na lůžku pacientky zvednuty postranice. Signalizační zařízení jsem paní L. P. položila na stoleček u postele tak, aby na něj dosáhla. Po náročné operaci a pod vlivem opiátů se cítila pacientka oslabená. Lékařem měla předepsaný klid na lůžku. Pod vedením fyzioterapeutky pacientka prováděla jen krátce dechovou a cévní gymnastiku v polosedě. FF pacientky byly stabilizované. Pacientka byla vertikalizována až 1. pooperační den ve 13.00 hodin po překladi na standardní oddělení gynekologie.

Hodnocení:

Pacientka byla při vědomí, orientovaná, byla si vědoma rizika pádu. Z lůžka nevstávala, nebyla neklidná. Cíl byl splněn.

2.6 Dlouhodobý plán péče

Dlouhodobý plán péče je tvořen na základě důsledků operace VH a poševní plastiky u pacientky. U paní L. P. byl plán péče zaměřen převážně na tlumení bolestí, včasnou vertikalizaci, prevenci TEN a infekci (PMK, PŽK, rána). Sledovalo se krvácení z rány a pacientka byla seznámena s možnými komplikacemi, které v pooperační době mohou nastat. Součástí dlouhodobého plánu byla i edukace před propuštěním do domácího ošetřování.

Po poševních operacích se předpokládá několikadenní krvácení z pochvy. Toto krvácení je bezprostředně po operaci silnější a během několika dnů postupně slábne. Celkem ale může trvat krvavé špinění 2-3 týdny vzhledem k tomu, že pochva je polouzavřené prostředí a principy hojení jsou trochu odlišné než třeba hojení na kůži, kde je přístup vzduchu.

Po nějakou dobu má pacientka zavedený permanentní močový katétr (2-3 dny). Z důvodu manipulace s močovým měchýřem při operaci většinou dochází k případům zadrženého močení, proto je zaveden PMK, po jeho odstranění by se měla pacientka do dvou hodin vymočit.

Další možný důsledek operace je plynatost střev. Toto se stává po jakékoliv břišní operaci-poševní odstranění dělohy je ve skutečnosti též břišní operací, ale tzv. „spodem“. Při špatném spontánním odchodu plynů se hůře a později chodí na „velkou“. Dobrou prevencí proti špatnému rozmočení a plynatosti je včasný pohyb pacientky ihned po její procitnutí po narkóze. Je dobré skrčovat nohy v kotnících, kolenech, kyčlích, přetáčet se na boky.

Včasná vertikalizace je součástí prevence TEN. Pohyb je též neméně důležitý pro prevenci embolie a zánětu žil dolních končetin po operaci. Dobré je po operaci brzy vstát, nejprve v doprovodu se sestrou, protože je zde ještě riziko pádu.

Před a po operaci se podávají léky pro prevenci proti embolii a zánětu žil, léky na tlumení bolesti, někdy léky proti infekci močové či celkové. Pokud žena užívá léky na jiné choroby, užívá je podle dohody s ošetřujícím lékařem. Lze podat i léky na spaní, důležitý je přísun tekutin, po každé operaci je nutné se hodně zavodňovat, zvláště pak u žen starších.

Délka hospitalizace většinou závisí na době, kdy se pacientka nejprve sama rozmočí, má stolicí, nemá bolesti a celkově se cítí dobře, přiměřeně krvácí. Celková doba hospitalizace po vaginální hysterektomii či plastikách poševních je 5-10 dní. Stehy jsou pouze vnitřní, vytahovat se nemusí, vstřebají se samy. Po zadní plastice je několik kožních stehů na hrázi, tyto jsou většinou šity materiálem, který se též sám vstřebá a nemusí se tudíž odstraňovat „táháním“. Délka pracovní neschopnosti je průměrně 6-8 týdnů. (18)

2.7 Hodnocení psychického stavu nemocné

Paní L. P. podstoupila operaci vaginální hysterektomie, při které ji byla odstraněna děloha a provedena poševní plastika. Obavy z operačního zákroku a strach z hospitalizace překonala nakonec velmi dobře. Věřila, že vše dobře dopadne a hlavně, že se zbaví obtíží, které ji v posledních měsících sužovaly. Svůj zdravotní problém tedy řešila a včas se svěřila svému gynekologovi.

Vzhledem k tomu, že paní je již v postmenopauze, s odstraněním dělohy neměla psychické problémy, které se mohou objevit především u mladých žen, které by ještě chtěly mít děti. Je-li ženě v produktivním věku odstraněna děloha i s vaječníky, dojde tak k předčasnému nástupu menopauzy a různým tělesným i psychickým problémům. (2)

- **Klimakterium**

Klimakterium neboli přechod je období života ženy, kdy dochází k postupnému vyhasínání funkce vaječníků. (27) Je to období, které se dělí na premenopauzu, menopauzu a postmenopauzu. Délka těchto 3 období je podmíněna geneticky. (3) Seznam příznaků spojených s klimakteriem je obsáhlý a zdá se být až děsivý. (13) Této tématice se u nás i ve světě již věnuje klimakterická medicína. Dlouho však byly problémy žen v klimakteriu zanedbávány. Nyní se s úspěchem používá hormonální substituční terapie. (27)

Vyhasnutím ovariální estrogenní produkce dochází k involuci pohlavních orgánů ženy, ale i sekundárních pohlavních znaků. (3) Dochází k atrofickým změnám vyvolávajících nemalé potíže. Kvalita života, o které se v poslední době

tak hodně mluví a je zkoumána v několika vědních oborech, se může těmito změnami rapidně změnit. (28)

„Kosti ztrácejí vápník, kůže není schopna v dostatečném množství vytvořit kvalitní kolagen, játra mají nedostatek lipázy, svaly nejsou schopny klást odpor na tlak, tkáň mozku prodělávají změny v gliích a v retikulu, které znemožňují dlouhý přenos funkčních stimulů.“ (3, s. 49)

Mezi příznaky přechodu patří :

- příznaky akutní – klimakterický syndrom
- organický estrogen – deficitní syndrom
- metabolický estrogen – deficitní syndrom

Je zde ale třeba uvést, že ne všechny ženy se potýkají s akutními klimakterickými problémy. U některé ženy se objeví více příznaků, u jiné žádný.

Vzhledem k pacientce, která je po operaci VH a plastiky poševní se zde více zmíním o organickém estrogen deficitním syndromu. Ženy v postmenopauze mají větší náchylnost k infekci dolních močových cest a k její recidivě z důvodu urogenitální atrofie. Atrófie postihuje pochvu, močový měchýř a uretru. (27) Atrófičká sliznice je suchá a snadno zranitelná. Změna kyselého prostředí pochvy na zásadité dává za vznik infekcím a zánětům. Subjektivně ženy pociťují suchost v pochvě, svědění, pálení. Po přeléčení zánětů je třeba dlouhodobá léčba estrogeny.

Bylo zjištěno, že estrogenní léčba příznivě působí i na močový měchýř a může tak oddálit vznik inkontinence. (12)

Pacientka se potýkala s onemocněním močových cest měsíc před plánovaným výkonem. Po propuštění do domácího ošetřování ji byl lékařem naordinován Ovestin – vaginální krém.

2.8 Edukace nemocné

„Zdravotník v roli edukátora plní roli poskytovatele vědomostí a zkušeností. Zároveň je poradcem a podporovatelem edukanta.“ (26, s. 69)

V současné době dává medicína přednost prevenci než léčbě již vzniklého onemocnění. Dle mého názoru edukace rovná se prevence.

Před nástupem do nemocnice byla paní L. P. informována svým ženským lékařem a praktickým lékařem o tom, jaký je její zdravotní stav a jaký operační výkon ji čeká. Psychická příprava, jak jsem již uvedla v klinické části, spočívá v tom, že je pacientka plně informována o tom, co se s ní během hospitalizace bude dít. Lékař by měl objasnit lékařský výkon, pacientka by měla znát i možná rizika tohoto výkonu. Úkolem sestry je pak seznámit nemocnou s ošetrovatelskými intervencemi v před a pooperačním období.

Pacientka byla seznámena s chodem na oddělení, pokoj, ve kterém byla ubytována, se jí líbil. Ošetřující lékařka poskytla nemocné další potřebné informace ohledně plánovaného výkonu. Pacientka byla seznámena s předoperační přípravou, též průběhem operace a následné pooperační péčí.

Edukace je tedy nedílnou součástí pracovní náplně zdravotnického týmu. Dobře informovaná pacientka pak lépe spolupracuje a i její rekonvalescence bývá o to i rychlejší. Trpělivá edukace, empatický a vstřícný přístup zdravotnických pracovníků vedou k vytvoření důvěry pacientky k nemocničnímu prostředí a ke snížení jejího strachu nebo obav.

Mnou vybraná pacientka se mi při rozhovoru svěřila, že pohlavní životem již nežije a ani již nechce. Proto nebylo třeba doporučení ve zdržení pohlavního styku nejméně šest týdnů po operaci nijak zdůrazňovat.

Při propouštění pacientky do domácího ošetřování, byla paní L. P. edukována porodní asistentkou o dodržování hygienických návyků s preferováním sprchování a péčí o operační ránu. Také byla upozorněna na předcházení infekcí, na pravidelné vyprazdňování stolice a úpravy jídelníčku tak, aby nedošlo k obstrukci. Z důvodu zvýšeného cholesterolu v krvi byla paní L. P. doporučena strava s nižším obsahem tuku. Velký důraz se kladl na zákaz nošení těžkých věcí po dobu nejméně půl roku a na prevenci onemocnění z nachlazení. Další důležitá zmínka byla o postupné rehabilitaci formou malých procházek a později začít se cvičením na posílení pánevního dna. Lékař napsal paní propouštěcí zprávu, kde již měla napsaný termín další kontroly zdravotního stavu.

V edukaci by také neměla chybět zmínka o pracovní neschopnosti, nároků na lázeňskou léčbu či návrh pokračující léčby. (2)

Závěr

S odstupem několika měsíců jsem paní L. P. po naší předchozí dohodě opět zkontaktovala, abych se jí zeptala, jak se jí daří. Sdělila mi, že šest měsíců po operaci VH musela jít opět do nemocnice kvůli stresové inkontinenci, aby podstoupila operační řešení metodou páskové TVT. Vše prý bylo bez problémů a s únikem moče již nemá problémy, nyní se cítí bezvadně, byla ráda, že jsem se jí ozvala.

Paní L. P. bylo životním osudem dáno prožít věci zlé (úmrtí manžela i dcery na rakovinu). Navzdory všemu žije dál, je v důchodu, ale stále činorodá. Nyní se těší na narození pravnučky.

Seznam zkratek

aj. – a jiné
AH – abdominální hysterektomie
apod. - a podobně
ATB - antibiotika
ATPF – arcus tendineus fasciae pelvis
BMI – Body Mass Index
bpn. – bez patologického nálezu
CA - celková anestezie
cm - centimetr
CNS - centrální nervová soustava
CTG - kardiogram
DK - dolní končetina
EKG - elektrokardiogram
FF - fyziologické funkce
FR - fyziologický roztok
g – gram
Hg - rtuť
hod. - hodin
CH - Charrierova stupnice
i.m. - intramuskulárně
i.v. - intravenózně
j. - jednotka
JIP - jednotka intenzivní péče
KO – krevní obraz
LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LHK - levá horní končetina
ligg. – ligamenta
m. - musculus
max. - maximálně
mg. - miligram
min. - minuta
ml - mililitr
mmol – milimol
MOP – mikrobiální obraz poševní
MR – magnetická rezonance
OD – ošetřovatelská diagnóza
P - puls
Ph - veličina, vyjadřující koncentraci vodíkových iontů v krvi
PM - poslední menstruace, postmenopauza
PMK - permanentní močový katetr
PNC- penicilin
p.o. - per os
PVD paravaginální defekt
PŽK - permanentní žilní katetr
RVH – radikální vaginální hysterektomie

s. c. _ subkutánně
SpO₂ - saturace hemoglobinu kyslíkem
tbl.- tableta
TT – tělesná teplota
TVT - Tension free Vaginal Tape
UVJ – uretovezikální junkce
UZ - ultrazvuk
VH – vaginální hysterektomie

Seznam použité literatury a webových zdrojů

- 1) Prolaps dělohy aneb Jak zvítězit nad gravitací. 22. 7.2003. Dostupné on line: <http://zdravi.doktorka.cz/prolaps-delohy-aneb-jak/> (cit. 1.6.2014)
- 2) SLEZÁKOVÁ, L. a kol. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 3) KOBILKOVÁ, J. et al. Základy gynekologie a porodnictví. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X (Galén), ISBN 80-246-1112-0 (Univerzita Karlova v Praze)
- 4) CITTERBART, K. et.al. Gynekologie. Praha : Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
- 5) GERHARD, M. et al. Gynekologie a porodnictví. Martin: Osveta, 1997. 648 s. ISBN 80-86642-47
- 6) ROKYTA, R. et al. Fyziologie. 2. vyd. Praha: ISV, 2008. 426s. ISBN 80-86642-47-X.
- 7) HOLUB, Z. , KUŽEL, D. et al. Minimálně invazivní operace v gynekologii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 236 s. ISBN 80-247-0834-5.
- 8) Dokumentace pacientky paní L. P.
- 9) MACKŮ, F. et al. Kompendium gynekologických operací. Praha: Grada Publishing, 1995. 599 s. ISBN 80 – 7169-154-2.
- 10) MARTAN, A. et al. Nové operační postupy v urogynekologii. Praha: Maxdorf, 2011. 177 s. ISBN 978-80-7345-233-9.
- 11) FAIT, T. et al. Přechodem bez obav. Praha: Maxdorf, 2010. 88 s. ISBN 978-80-7345-219-3.
- 12) DONÁT, J. Klimaktérium. Průvodce ženy přechodem. Praha: Alberta, 1994. ISBN 80-85792-05-2.
- 13) STOPPARDOVÁ, M. Klimakterium. Bratislava: INA, 1995. 222 s. ISBN 80-85680-60-2.
- 14) IUGA. Výhřez pánevních orgánů. Průvodce pro ženy. Dostupné on line: http://c.ymcdn.com/sites/www.iuga.org/resource/resmgr/Brochures/cze_pop.pdf (cit. 20.5.2014)

- 15) ŠVABÍK, K. : Anatomie pánevního dna. Lékařské listy, 26/2003.
Dostupné on line: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/anatomie-panevniho-dna-155218> (cit. 20.5.2014)
- 16) TOŠNER, J. : Faktory ovlivňující provedení hysterectomie. Časopis ženských lékařů Gynekolog 1/2003, s. 6. Dostupné on line: <http://www.gyne.cz/clanky/2003/103c11.htm> (cit. 15.4.2014)
- 17) VOCÁSEK, Z. : Souhlas informované pacientky s operačním výkonem. Operace vaginální hysterektomie, event. plastiky poševní. Dostupné on line: http://www.nemjil.cz/vfdata/Gynekologie/dokumenty/Vaginalni_hysterektomie_ev._plastiky_poevni.pdf (cit. 15.4.2014)
- 18) HANUŠ, T. : Prolaps pánevních orgánů ženy z pohledu urologa. Urologické listy, 1/ 2008, s. 70-77. Dostupné on line: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=ul_08_01_12.pdf (cit. 15.4.2014)
- 19) CONSTANTINI, E. et al: Operace umožňující zachování dělohy: nová výzva pro korekci prolapsu pánevních orgánů. Urologické listy, 1/2008, s. 65-69. Dostupné on line: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=ul_08_01_11.pdf (cit. 15.4.2014)
- 20) ZÁBRANSKÝ, F. , ADAMÍK, Z. : Vaginální hysterektomie v proměnách času. Fragmenty z vývoje operační techniky. Časopis ženských lékařů Gynekolog, 2/2010. Dostupné on line: <http://www.gyne.cz/clanky/2010/210c11.htm> (cit. 15.4.2014)
- 21) MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetřovatelství I. díl. Praha: Karolinum, 2002. 185 s. ISBN 80–2460429-9.
- 22) PAVLÍKOVÁ, S. a kol. Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 978–80-247-1211-6.
- 23) STAŇKOVÁ, M. a kol. Základy ošetřování nemocných. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80–246-0845-6.
- 24) PLEVOVÁ, I. a kol. Ošetřovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 25) WHO, Lemon I. 1. vyd. Brno: IPVZ, 1996. 179 s. ISBN 80-7013-234-5.

- 26) JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 27) JENÍČEK, J. Hormonální substituční terapie a klimakterium. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 104 s. ISBN 80-247-0133-2.
- 28) GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.